Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 1 października 1881. № 40. Rok XX.

I. O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. *(Enterorrhaphia)*.

Przez Dra Rydygiera.

Wykład kliniczny miany w streszczeniu na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

Już przy badaniu kwestyi o wycinaniu zrakowaciałego odźwiernika zajmowały mnie niektóre kwestyje enterektomii, a tém żywiéj zainteresowała mnie cała ta sprawa, gdy miałem sposobność operowania 2 przypadków tego rodzaju.

Pierwszy przypadek podjęty celem usunięcia przetoki kałowéj opisałem w Przeglądzie Lekarskim i *Dt. Zeitschrift für Chir.*; zakończył on się zupełném wyzdrowieniem chorego. Jeszcze nie dawno temu przekonałem się naocznie, że wyzdrowienie jest trwałém.

Drugi przypadek po krótce opowiem: Chorą J. T., 58 lat liczącą przywieziono do méj kliniki prywatnéj z uwięzgniętą przepukliną udową lewą. Skóra pokrywająca przepuklinę zaczerwieniona, obrzękła; postanowiłem więc niezwłocznie przystąpić do operacyi krwawéj. Po otworzeniu worka przepuklinowego znalazłem pod znacznym pękiem przerosłéj sieci pętlę zgorzelinową. czarną, na niektórych miejscach szarawo zabarwioną. Zachodziło teraz pytanie, co uczynić wypada? Ze względu na podobne przypadki, szczęśliwie w ostatnich czasach operowane, postanowiłem wyciąć zgorzelinową pętlę jelita. Przy operacyi przestrzegałem ściśle wszelkich przepisów sposobu przeciwgnilnego. Najprzód podwiązaliśmy zwyrodniałą sieć w kilku odstępach i oddzieliliśmy. Następnie trzymając się przepisu Kochera, (*Zur Methode der Darm-Resection bei eingeklemmter gangränöser Hernie. Centr. f. Chir.* 1880, Nr. 29), żeby tylko w zdrowych częściach wycinać, wyciągnęliśmy znaczny kawał jelita, ale nie natrafiliśmy jeszcze na zupełnie zdrowe ściany. Mimo to postanowiliśmy w danėm miejscu jelito przeciąć, gdyż i tak już wycięty kawał wynosił 54cm. Po powtórném obmyciu pola operacyjnego i wyciąć się mającéj pętli 5% ciepłym rozczynem kwasu karbolowego zaczęliśmy oddzielać śródjelicie od jelita, przecinając zawsze pomiędzy dwiema podwiązkami w niewielkich odstępach zakładanemi: praca ta zabrała nam nie mało czasu, zwłaszcza że śródjelicie było tłuste i przekrwione, Założyliśmy następnie nasze elastyczne uciskadła i blisko nich przecięliśmy ściany jelita. Światła przeciętych ścian były równe, więc po zrównaniu wystającéj błony śluzowéj z resztą ściany i po dokładném obmyciu 2% ciepłym karbolem przystąpiliśmy do zeszycia odcinków. Uciskadła zupełnie zamykały światło jelit, tak że ani kropla treści nie wypłynęła, a nadto zmniejszały nieco krwawienie z przeciętych ścian, które bez nich byłoby z pewnością daleko obfitsze z powodu znacznego przekrwienia. Szew jelitowy założyliśmy w odmienny od dotychczas używanych sposobów. Zamiast pierwszego rzędu szwu Czernego użyliśmy szwu kuśnierskiego: cienką igłą nawleczoną najcieńszym katgutem przebiliśmy tam, gdzie się śródjelicie przyczepia do jelita, przez błonę surowiczą i mięśniową wkłówając o 2—3mm. od brzegu rany, a wykłówając tuż przed błoną śluzową bez naruszenia jéj w samym brzegu. W ten sam sposób przekłóliśmy igłę przez drugi brzeg tylko w odwrotnym porządku. Zawiązaliśmy następnie węzełek tak, że nienawleczony koniec wystarczył jeszcze do zawiązania ostatniego węzełka po założeniu całego szwu. W podobny sposób wkłówaliśmy naokoło całéj objętości jelita, a doszedłszy do pierwszego węzełka przymocowaliśmy cały szew zawiązaniem drugiego i ostatniego węzełka. Wkłócia były o 3—4mm. od siebie oddalone. Do drugiego rzędu szwów użyliśmy szwu Lemberta katgutem założonego. Przyczyny, dla czego tego rodzaju szwu użyłem, a nie Czernego, podam poniżéj. Kilkoma szwami katgutowemi połączyliśmy blaszki śródjelicia. Po powtórném obmyciu zeszytéj pętli zapuściliśmy ją do jamy brzusznéj i zeszyliśmy ranę skórną aż do dolnego kąta, gdzie założono sączek. Nareszcie pokryliśmy ranę, udo i dolną

część żywota używanym zwykle u nas opatrunkiem przeciwgnilnym.

Zaraz w następnéj po operacyi nocy chora nie tak często wymiotowała, jak przed operacyją W przeciągu dnia nastąpił po nalaniu wody do odbytnicy kilka razy rzadki, mocno cuchnący stolec Mimo to gorączka się wzmagała, a wkrótce podniosła się aż do 40,1°C.; tętno słabe i bardzo przyspieszone; chora śpiąca i bezprzytomna, w 20 godzin po operacyi umarła.

Badanie zwłok zaraz po śmierci wykazało zapalenie otrzewnéj ogólne; szew trzymał zupełnie dobrze, jak i dziś jeszcze na preparacie przekonać się się możemy.

Taki pokrótce był nieszczęśliwy przebieg drugiego przypadku, kiedy pierwszy operowany celem wyleczenia przetoki kałowéj zakończył się szczęśliwie. Zdaniem mojém druga nasza chora umarła na zapalenie otrzewnéj już przed operacyją istniejące, gdyż perforacyję stanowczo wykluczyć możemy, a podczas operacyi nic z treści jelit nie wpłynęło do otrzewnéj, raz dla tego, że wykonaliśmy całą operacyję poza jamą brzuszną, a powtóre, że z jelit zamkniętych uciskadłami treści nic nie wypłynęło.

Celem zbadania niektórych wątpliwych kwestyj podjąłem szereg doświadczeń na psach, których opis podaję w I dodatku; a oprócz tego zestawiłem w II dodatku wszystkie przypadki téj operacyi, które tylko w literaturze znaleźć mogłem. Mimo że mi się udało zestawić np. 30 przypadków enterektomii przy zgorzeli uwięzgniętego jelita, a Jaffé w najnowszym wykładzie klinicznym zbioru Volkmanna wspomina tylko o 16, (7 wyleczonych, a 9 ze śmiertelném zejściem), mimo to jestem przekonany, że i moje zestawienie nie zawiera wszystkich przypadków; opuszczono w niém z pewnością dużo przypadków ze śmiertelném zejściem, które rzadko bywają ogłaszane. Nadto nie znalazłem w niektórych opisach i sprawozdaniach wiadomości o wszystkich ważniejszych kwestyjach; dla tego śmiałbym na têm tu miejscu wyrazić prośbę, żeby każdy opisujący swoje przypadki na przyszłość więcéj o têm raczył pamiętać.

Wyniki moich badań najlepiéj podam w toku opisu sposobu operowania i dla tego rozpoczynam od w s k a z a n i a.

Dotychczas podejmowano wycinanie kiszek z następujących przyczyn:

1) przy nieprawidłowym otworze odchodowym i przetoce kałowéj;

2) przy zgorzeli uwięzgniętego jelita;

3) przy złośliwych nowotworach jelita;

4) przy wyłuszczeniu guzów jamy brzusznéj zrośniętéj tak z jelitami, że ich nie można było rozłączyć (B i l l r o t h i M a d e l u n g) i przy zwężeniach jelit (K o e b e r l é)

Nie ulega wątpliwości, że zgorzel uwięzgniętego jelita była dotychczas najczęstszém wskazaniem do wycinania. Przekonywa nas o têm zestawienie: zdołałem odszukać 31 przypadków tego rodzaju, a tylko 18 operacyj podjętych z powodu pierwszego wskazania, 9 z trzeciego, 3 z czwartego.

Niestety, śmiertelność po operacyi przy zgorzeli uwięzgniętego jelita jest zastraszającą: z 31 przypadków zakończyło się śmiertelnie 21, a tylko 10 wyzdrowiało: śmiertelność wynosiła więc 67,7%. Z 10 owych przypadków szczęśliwie zakończonych były jeszcze 4 powikłane otworzeniem przetok kałowych podczas swego przebiegu. Nic dziwnego więc, że nawet tacy śmiali chirurgowie, jak B i l l r o t h (*Verhandl. d. Dt. Gesellschaft für Chir.* 1879, I, str. 85) i P é a n (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*) a i J u i l l a r d (*Herniolaparotomie, resection de l'intestin, Revue médic. de la Suisse romande* 1881, Nr. 6 ref. w *Centrbl. für Chir.* 1881, Nr. 34), mimo że jego przypadek szczęśliwie się zakończył, nie uznają tego wskazania. Co do mnie, to nie śmiałbym jeszcze w téj kwestyi ostatecznie orzekać [1]) Przedewszystkiém potrzeba wybierać przypadki odpowiednie do operacyi, jak to Jaffé (l. c.) radzi: tam gdzie już rozpoznajemy ogólne zapalenie otrzewnéj, nie należy podejmować się operacyi. Przez wybór stósownych do operacyi przypadków, daléj przez wydoskonalenie sposobu operowania możemy się pomyślniejszych wyników po téj operacyi w przyszłości spodziewać. Nareszcie nie trzeba téż zapominać przy ocenianiu wielkiéj śmiertelności po téj operacyi, że na zgorzel uwięzgniętéj przepukliny i bez operacyi wielka liczba chorych umiera. Tylko wtenczas moglibyśmy pewny sąd sobie wyrobić, czy wycinać zgorzelinową pętlę lub zakładać nieprawidłowy otwór odchodowy, jeżelibyśmy mieli odpowiednio wielką statystykę wykazującą, ilu chorych z uwięzgniętą przepukliną zgorzelinową umiera bez operacyi a ilu po operacyi: gdzie większa śmiertelność, ten sposób nieodpowiedni.

Jak dobry organizm znosi dobrze wycięcie kawałka jelita, tego dowodzą moje doświadczenia na psach: żaden z nich nie zdechł po zwyczajném wycięciu, jeżeli z umysłu nie stworzyłem powikłań.

Uprawnienie reszty wspomnianych wskazań nieomal ogólnie jest uznane, nie potrzebujemy się więc nad niemi bliżéj rozwodzić. Przystępuję więc do opisu operacyi.

I. P r z y s p o s o b i e n i e d o o p e r a c y i. W przypadkach, gdzie przewód pokarmowy jest jeszcze drożnym, należy go przed operacyją dokładnie wypróżnić. Gdzie zaś temu niedrożność przeszkadza, wywołana bliznami lub nowotworem albo téż uwięzgnięciem, tam zachodzi pytanie, czyby nie należało w sposób sztuczny wypróżnienie umożebnić. Przy raku jelita założył B a u m (*Resection eines carcinomatösen Dickdarmstückes. Centr. f. Chir.* 1879, Nr. 11) otwór odchodowy nieprawidłowy, co mu posłużyło nietylko do wypróżnienia jelit, ale zarazem umożebniło dokładne rozpoznanie wielkości guza i jego zrośnięć. Sposób ten bardzo zaleca się podług mego zdania w podobnych przypadkach. Zwężenie jelit bliznami rzadko pewnie do tego stopnia dochodzi, żeby zupełnie zatrzymywało wypróżnienia stolcowe. Zresztą dopiero raz jeden posłużyło to wskazanie K o e b e r l é m u (*Résection de deux mètres d'intestin grêle, suivie de guérison. Bull. et mémoires de la Soc. de chir.* 1881, t. VII). do operacyi; nie założył on po wycięciu jelita szwu, tylko nieprawidłowy otwór odchodowy, który później wyleczył. Przy zgorzeli przepukliny uwięzgniętéj także nie możliwém jest poprzednie wypróżnienie jelit; można to uskutecznić dopiero podczas operacyi wypuszczając podług rady K o c h e r a treść jelita doprowadzającego do podtrzymanego naczynia, co atoli największéj ostrożności wymaga, aby nie zanieczyścić pola operacyjnego, lub co gorsza nie zakazić otrzewnéj. Znaczenie poprzedniego wypróżnienia przewodu pokarmowego mogłem téż stwierdzić na operowanych psach; te które żarły w dniu operacyi, bardziéj chorowały po wycięciu (np. Nr. 4 i 12).

Na zakończenie o przygotowaniu do operacyi wspomnę tylko jeszcze, że ścisłe przestrzeganie przepisów sposobu przeciwgnilnego jest koniecznêm. Przy przetoce kałowéj

[1]) Podobnież wyrażali się koledzy obecni w Krakowie.

i nieprawidłowym otworze odchodowym należałoby nadto kilka dni przed operacyją pokryć pole operacyjne przykładką karbolową.

II. Przecięcie ścian brzusznych stosuje się do poszczególnych przypadków, dla tego nie można ogólnych prawideł podawać. Przy uwięzgniętéj przepuklinie poprzedza naturalnie zwyczajna operacyja przepukliny operacyję wycięcia jelita. O ważności operowania tylko w zdrowych ścianach wszyscy są teraz przekonani, jak Kocher (l. c.) na to zwrócił uwagę. On téż wskazał, że głównie w ścianach jelita doprowadzającego należy szukać zaburzeń w obiegu krwi w skutek nadmiernego rozszerzenia zatrzymanym kałem: z téj strony więc należy większy kawał jelita wycinać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

b) Rany nadające się do zagojenia bezpośredniego. O sposobie postępowania z ranami tego rodzaju wspomniałem już poprzednio. Kładę zaś jeszcze raz na to nacisk, że aż do chwili założenia opatrunku skrupulatnie przestrzegamy i nadal powyż wspomnianych środków ostrożności przeciwgnilnych, których używaliśmy przed zaprowadzeniem opatrunku jodoformowego. Tylko opatrunek został zmienionym; składa się on obecnie zamiast z gazy Listerowskiéj z małego kawałka gazy jodoformowéj i kawałka waty odpowiedniéj ilości, przykrywanéj materyją nieprzemakalną. A tu znowu powtarzam, że miasto waty użyć można ku temu celowi także zwyczajnéj juty lub jakiegokolwiekbądź materyjału opatrunkowego niekoniecznie antyseptycznie przyprawionego, albowiem ów mały kawałek gazy jodoformowéj sam przez się wystarcza do celów opatrunku przeciwgnilnego.

W ciągu ostatnich czterech miesięcy, tj. od początku kwietnia do początku sierpnia, mieliśmy następujące przypadki, do niniejszéj grupy należące.

1) 6 wielkich amputacyj i wyłuszczeń (2 amputacyje na udzie, 3 na podudziu, 1 wyłuszczenie stawu według metody Lisfranca). Wszystkie te operacyje miały przebieg bezzgnilny i zagoiły się zupełnie *per primam* za 2wu lub 3krotną zmianą opatrunku.

2) 1 otwarcie stawu kolanowego z powodu myszek stawowych, zagojenie bezpośrednie.

3) 9 osteotomij; u wszystkich zagojenie bezpośrednie.

4) Wliczam w tę grupę jeszcze 2 złamania otwarte z mojéj prywatnéj praktyki; oba przypadki ze zupełnie aseptycznym przebiegiem [1].

Przy tych dwóch przypadkach zatrzymam się nieco dłużéj, albowiem w drugim przypadku użyłem ze skutkiem metody, któréj, o ile wiem, dotąd nikt nie używał.

W pierwszym przypadku chodziło o otwarte złamanie kości udowéj u 50-letniego mężczyzny, wywołane uderzeniem kopyta. Rana skórna, długości blizko 2 cm., znajdowała się na zewnętrznéj stronie uda i prowadziła do bardzo znacznego wynaczynienia pod powięzią szeroką, nakrywającego miejsce złamania kości. Ponieważ rana skórna była stosunkowo małą, odłamki kości nie wystawały z rany a już w godzinę po przypadku mnie wezwano, przeto nie miałem powodu przypuścić, aby w głąb rany dostały się były materyje zakaźne. Ograniczyłem się przeto do wyczyszczenia rany, pokrycia jéj 5% roczczynem karbolowym i wydalenia górnéj warstwy skrzepłego wynaczynienia, nasypałem na ranę nieco jodoformu i nałożyłem wyż opisany opatrunek. Za drugą zmianą opatrunku zamknęła się rana w przeciągu 2 tygodni a wynaczynienie wessaném zostało w przeciągu 4 tygodni. Dalsze zagojenie rany postępowało bez przeszkody.

Drugi przypadek tyczył się chłopaka blisko 8-letniego, którego podudzie na przodzie również przez uderzenie kopytem zranione zostało. Przyszedłem we trzy godziny po zranieniu do chorego. Przekonałem się, że obie kości podudzia były złamane; na przedniéj płaszczyźnie goleni znajdowała się rana długości 4—5 cm., przez którą odłamy téj kości znacznie z okostnéj obnażone wystawały. Rana była pokryta brudem i resztkami gnoju końskiego. (Suknie były w skutek uderzenia przedarte). Jasną było rzeczą, że należało tu zrobić *Débridement* według metody Volkmanna. Rozszerzyłem przeto ranę skórną, odsłoniłem zupełnie oba końce kości, usunąłem luźno drzazgi, obciąłem ostre końce kości i oczyściłem całą ranę należycie 5% roczynem karbolowym. Potem przystósowałem oba odłamy kości i zmniejszyłem ranę skórną z obu stron 2ma szwami tak, że pozostała tylko szpara około 4 cm. długa a ½ cm. szeroka, sięgająca aż do obnażonéj kości. Tę szparę wypełniłem zupełnie jodoformowym proszkiem i założyłem dopiero wtedy opatrunek. W skutek tego zaoszczędziłem z jednéj strony odrenowanie rany a przeto i częstszą zmianę opatrunku, ponieważ wydzieliny wolno na zewnątrz odpływać mogły; z drugiéj zaś strony zaopatrzyłem ranę w magazyn jodoformu, który bezwarunkowo aseptyczny przebieg zagojenia rany sprowadzić musiał. Zupełne zaszycie rany byłoby o wątpliwym skutku a może nawet niebezpieczną rzeczą, gdyż nie było można wiedzieć, do jakiego stopnia stłuczona rana obumrzeć mogła.

Przebieg jednak odpowiedział zupełnie memu oczekiwaniu. Chory był zawsze bez gorączki, miał apetyt, nie skarżył się na boleści; opatrunek zmieniłem dwa razy, mianowicie 10go i 29go dnia po skaleczeniu. Po 6ciu tygodniach począł chory używać swéj nogi, opatrzonéj i utwierdzonéj li tylko lekkim opatrunkiem organtynowym.

Przypadki dotychczas wymienione (1—4) dają razem 18 wielkich ran na kościach i stawach, które wszystkie wygoiły się pod opatrunkiem jodoformowym zupełnie aseptycznie i o ile to było możliwém, *per primam*.

5) 5 przypadków wyłuszczenia wola. Wszystkie uleczone. Z tych jeden operowany w prywatnéj praktyce prof. Billrotha, inne zaś w klinice. Ostatnie dwa przypadki, (a z tych jedno całkowite wyłuszczenie gruczołu tarczowego operowałem sam w lipcu rb.), jakotéż dwa inne przypadki zagoiły się aseptycznie i *per primam*.

---

[1]) Pojęcia „przebieg bezgnilny“ i zagojenie bezpośrednie nie zupełnie są identyczne. Rana zagoić się może zupełnie aseptycznie a mimo to nie per primam; tak np. jeżeli się brzegi rany nie zupełnie dają spoić albo w skutek niedostatecznego odżywienia obumierają tak, że reszta rany brodawkowaniem wypełnić się musi.

W piątym przypadku aseptyczny przebieg już z góry był uniemożebniony przez tracheotomiję, wykonaną z potrzeby podczas operacyi; dla otwartéj komunikacyi rany z tchawicą zagoiła się tylko część rany *per primam*, podczas gdy reszta zamknęła się przez ropienie. Tu dodam jeszcze, że w podobny sposób wyleczyły się i przedtém wszystkie przypadki wyłuszczenia wola skomplikowane z tracheotomiją.

6) 10 przypadków wycięcia sutków; z tych 6 z zupełném usunięciem treści dołka pachowego połączonych. Wszystkie uleczone. W 8miu razach nastąpił przebieg zupełnie aseptyczny, a to w 6ciu razach zagoiła się rana całkiem *per primam*, a w 2wu razach o tyle, o ile tego dozwoliło spojenie brzegów rany. W 2 przypadkach przebieg aseptyczny wstrzymany został.

W jednym z tych przypadków po znacznéj amputacyi zupełnie sposoczałego guza sutkowego zupełne spojenie brzegów rany skórnych tylko za pomocą znacznego napięcia tychże zdołano przyprowadzić do skutku; późniéj pokazało się ropienie we wszystkich kanałach szwowych, a gdy po 10ciu dniach szwy pooddalano, rozsunęły się brzegi po największéj części tak, że rana musiała się zamknąć przez ropienie i brodawkowanie. Nie wątpię, że prócz napięcia brzegów przeszkodziło uleczeniu rany także zakażenie téjże wydzieliną sposoczałego raka.

W drugim przypadku (z wypróżnieniem dołka pachowego) pojawienie się róży przeszkodziło zagojeniu się rany i przedłużyło leczenie.

Wspomnieć tu należy, że przypadek opisany był jednym z pierwszych przypadków amputacyi sutków, w których leczeniu używaliśmy opatrunku jodoformowego, a więc w czasie, kiedyśmy jeszcze nie mieli biegłości w technice tego opatrunku; wtedy pokrywaliśmy ranę naprzód papierem gutaperkowym, a potem dopiero kładliśmy watę posypaną jodoformem, podczas gdy w następnych przypadkach stosowaliśmy wprost dobrze wsiąkającą gazę jodoformową; zresztą rana sama bez wątpienia już podczas operacyi została zakażoną tak, iż ani opatrunek jodoformowy, ani inny jakikolwiekbądź opatrunek nie byłby był w stanie wstrzymać wystąpienia róży. Do tego jakoteż do jeszcze innego przypadku róży, uważanych pod opatrunkiem jodoformowym, wrócę jeszcze raz późniéj.

7) 3 wycięcia guzów gruczołu ślinnego przyusznego; z tych 2 z zagojeniem bezpośredniém, w trzecim przypadku zagoiła się rana o tyle, o ile ją spoić było można.

8) 2 kastracyje, zagojone *per primam*.

9) 11 rozmaitych operacyj, po większéj części wycięcia guzów w różnych okolicach ciała.

Przypadki do téj grupy należące są: jeden rak gruczołu podżuchwowego; jeden kościomięsak kości czołowéj; jeden torbiel skórzakowy na brzegu oczodołowym zrosły silnie z kością; jedno znamię barwikowe (*naevus pigmentosus*) z częściowém wycięciem; dwa tłuszczaki w okolicy lędźwiowéj; jeden tłuszczak na podudziu, jeden bardzo rozpostarty ponowny mięsak na przedniéj stronie uda (z obnażeniem wielkich naczyń i kości); jeden mięsak na podudziu. Wszystkie tu wymienione przypadki zagoiły się aseptycznie a z wyjątkiem ostatniego także *per primam*. W ostatnim przypadku rozstąpiły się początkowo spojone brzegi rany z powodu silnego napięcia skóry.

10) 4 przypadki znacznych wycięć gruczolaków limfatycznych na szyi; wszystkie wyleczone. Wymieniam te operacyje osobno z dwóch powodów; po pierwsze dlatego, ponieważ znaczne wycięcia gruczolaków limfatycznych na szyi są często operacyjami wielkiéj wagi, połączone z obnażeniem a nawet z podwiązaniem wielkich naczyń szyjnych a szczególnie wspólnéj żyły szyjnéj, jak to miało miejsce w jednym ze wspomnianych przypadków; a powtóre, rany łatwo się już z góry często zakażają treścią zserowaciałego lub zropiałego gruczolaka, co bezpośredniemu zagojeniu rany całkowicie lub częściowo przeszkadza. Z wyliczonych 4ch przypadków wyleczyły się 3 *per primam*, podczas gdy w czwartym, w którym wycięto zserowaciałe gruczoły, przewlekało się zagojenie w skutek róży, która wystąpiła 6go dnia.

Jeżeli wszystkie wymienione przypadki razem zliczymy, to otrzymamy 53 wielkich ran na kościach i częściach miękkich, które wszystkie pod opatrunkiem jodoformowym wyleczyły się. W 49ciu razach był przebieg aseptyczny a w 4ch razach asepsis wstrzymaną została a mianowicie: 2 razy w skutek szczególnych warunków, w których się rany znajdowały (sposoczały rak sutka, wycięcie wola skomplikowane z tracheotomiją) a w 2 razach w skutek wystąpienia róży.

Oprócz tych poszczególnie wyliczonych przypadków należy tu wliczyć jeszcze wielką liczbę mniejszych ran operacyjnych i uszkodzeń, które pod opatrunkiem jodoformowym prawie bez wyjątku bezpośrednio się zagoiły. Do tego działu należy następnie wielka liczba wycięć mniejszych gruczolaków limfatycznych, tłuszczaków, kaszaków, torbieli skórzakowych i innych guzów, lżejsze zranienia leczone po największéj części ambulatoryjnie, a wreszcie 13 naciągnień nerwów. Można powiedzieć, że co najmniéj w stu mniejszych przypadkach osiągnęliśmy przebieg aseptyczny i o ile możności zagojenie bezpośrednie pod opatrunkiem jodoformowym.

A teraz wróćmy się do owych dwóch przypadków róży. Jak wiadomo, podzielone są zdania chirurgów w kwestyi, czy przeciwgnilne leczenie ran w ogóle zabezpiecza przed tą chorobą utrudniającą leczenie ran. Naprzód każdy się z tém zgodzi, że bezpieczeństwo w przeciwgnilném leczeniu ran zawsze tylko jest względne, tj. sięga tak daleko, o ile ludzkie środki bezpieczeństwa są wydoskonalone. I jak na najlepiej zorganizowanéj kolei żelaznéj nie dadzą się absolutnie ominąć nieszczęśliwe przypadki, tak też i my nie jesteśmy w stanie a szczególnie we wielkich zakładach, których urządzenie mniéj lub więcéj jest skomplikowane, całkowicie ominąć niektórych przeoczeń przypadkowych. Lecz nawet pominąwszy tę okoliczność znajdą się w rozmaitych klinikach różnice zawisłe już to od indywidualności kierującego chirurga, już też to od innych właściwości zakładu. Jest to np. rzeczą ważną, jeżeli na oddziałach sąsiadujących z naszą kliniką w szpitalu ogólnym srogie i długotrwałe epidemije róży grasują; łatwo można przypuścić, że zakażenie następuje w skutek bezpośredniego przewleczenia choroby przez służbę różnych oddziałów, stojącą ze sobą we wzajemnéj i nieograniczonéj styczności, zwłaszcza, że służby i dozorczyń niepodobna absolutnie wykluczyć od manipulacyj z instrumentami, gąbkami, materyjałem opatrunkowym itd. Co się tyczy naszéj kliniki, to mogę zapewnić, że tu się tylko pojedyncze przypadki róży i to każdego czasu pojawiały; a pojawiały się one w czasie, kiedyśmy najskrupulatniéj pod sprayem operowali, podobnie jak późniéj bez sprayu, pojawiały się one pod gazą karbolową tak często jak i pod opatrunkiem według jakiéjkolwiek innéj przez nas używa-

néj metody. Z pojedynczych zatém przypadków róży, jakie się w obec stosunków naszéj kliniki pojawiały, nie można wydawać orzeczenia o wartości téj lub owéj metody opatrywania. Nadto uważać należy w naszych dwóch przypadkach róży na pewien rozstrzygający wzgląd ważny. Oto opatrunek jodoformowy nie zostawał w bezpośredniéj styczności z jamą rany z powodu szwów zawartéj; zarodek zakaźny ukrywał się prawdopodobnie z dala od jodoformu w głębi rany, gdzie się rozwinął i z głębi téj sprowadził dopiero różę, czemu nie można było żadnym opatrunkiem przeszkodzić. Jeżeli tedy jaki błąd popełniono, w takim razie należało go szukać w środkach ostrożności przeciwgnilnych, podjętych przed spojeniem rany. Dodać tu muszę, że jak już wspomniałem, używamy w naszéj klinice do desinfekcyi rąk, narzędzi itd. zwyczajnie tylko 3% rozczynu karbolowego, gdyż prof. Billroth rozczyn ten za zupełnie wystarczający uważa. Ja zaś sądziłbym, że przy konsekwentném używaniu 5% rozczynu karbolowego do wspomnianych celów możnaby zupełnie uniknąć przypadków róży i przestrzegałbym téj ostrożności wszędzie, gdzie niebezpieczeństwo pojawienia się róży zależy od stosunków zakładu.

Podnieść muszę jeszcze tę okoliczność, żeśmy jeszcze w żadnym przypadku pojawienia się róży nie spostrzegli, gdzie się jodoform wprost z całą raną stykał, a było takich przypadków przeszło dwieście.

W obec tych uwag nie możemy na podstawie owych dwóch przypadków róży pod opatrunkiem jodoformowym uważanych, nic przeciw téj metodzie orzec a polegając na szeregu powyż wymienionych przypadków możemy śmiało twierdzić że:

Opatrunek jodoformowy jest w stanie zupełnie zastąpić opatrunek gazą Listerowską, pociągając za sobą w podobny sposób aseptyczny przebieg i bezpośrednie zagojenie się rany. Nadto daje nam dwojaką korzyść a mianowicie jest on prostym i bezpieczniejszym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O twardzielu nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*).

Przez Dra **Leopolda Glücka**.

Wśród licznego zastępu chorób skórnych, które nieśmiertelnéj pamięci prof. Hebra odkrył, niepoślednie zajmuje stanowisko twardziel nosa „*Rhinoscleroma*“. Jeżeli się ośmielam na tém miejscu uwagę szan. kolegów zająć tém cierpieniem, to czynię to w przekonaniu, że ono mimo swéj rzadkości najczęściéj jeszcze u nas spostrzeganém bywa, gdyż większa część z dotychczas opisanych przypadków pochodziła z Galicyi lub Bukowiny.

W pierwszym opisie twardziela nosa, opartym na siedmiu spostrzeżeniach a ogłoszonym w styczniu 1880 r., podaje Hebra dla przerzeczonego cierpienia następujące cechy: 1) Stałą siedzibą twardziela jest nos i jego otoczenie. 2) Miejsca dotknięte są nadzwyczaj twarde. 3) Twardziel występuje w postaci ciemnobrunatnych twardych guzów lub stwardnienia prawidłowo wyglądającéj tkaniny. 4) Twardość ogranicza się ściśle do miejsca schorzałego, przyczém niema obrzęku ani innych objawów zapalnych w otoczeniu. 5) Twardziel nie rozpada się, nie wrzodzieje, nie mięknie i nie ulega wessaniu. 5) Leczenie wewnętrzne jest bezskutecznem. 7) Nawet po wielu latach trwania cierpienia nie grozi organizmowi żadne niebezpieczeństwo. 8) Twardziel sam przez się jest bezbolesnym, przy dotknięciu jednak występuje silny ból w ciemnoczerwonych guzach.

Dodać należy, że Hebra z razu sądził, że ma do czynienia z produktem kiły późnéj i stósował odpowiedne leczenie; przekonawszy się jednak, że leczenie swoiste nie wywiera na przebieg twardziela najmniejszego wpływu, przyszedł do przekonania, że to cierpienie nie tylko nie jest objawem kiły, ale co więcéj, że nie stoi z nią w żadnym związku.

Równocześnie ogłosił wynik badania drobnowidowego, które uskutecznił Kaposi. Naciek drobnokomórkowy właściwéj skóry (*corium*) i warstwy brodawkowéj ma być wyrazem anatomicznym tego cierpienia, warstwa przyskórkowa nie zmieniona, pojedyncze brodawki przydłużone, naczynia skąpe i ścieńczałe. Komórki są okrągłe, małe, jednojądrzaste o zarysach wybitnych i treści jasnéj. Komórki utrzymują się przez długie lata nie ulegając żadnéj zmianie. Na podstawie tego wyniku badania uznał Kaposi twardziel nosa nowotworem a zwłaszcza mięsakiem drobnokomórkowym (*Granulationssarkom* Virchowa).

Jednak tak cechy podane przez Hebrę jakoteż i wynik badania drobnowidowego uległy przy dalszéj obserwacyi tego cierpienia dość znacznéj zmianie.

Niechaj mi będzie wolno w głównych zarysach naszkicować obraz twardziela nosa, jaki otrzymujemy przy uwzględnieniu wszystkich dotychczasowych spostrzeżeń i badań, przyczém ośmielę się dołączyć i wynik własnych badań drobnowidowych.

O ile nam wiadomo, ilość dotychczas obserwowanych przypadków twardziela nosa nie dochodzi trzydziestu, z których opisano zaledwie połowę. Płeć, jak się zdaje, niema wpływu na wystąpienie tego cierpienia, widziano je bowiem prawie w równéj liczbie tak u mężczyzn jak u kobiet. Twardziel występuje u osób młodych między 17 a 25 rokiem życia; do tych lat przynajmniéj odnoszą wszyscy niemal chorzy swoje cierpienie. W rzadkich przypadkach miał być uraz przyczyną cierpienia, w innych zaś długotrwały nieżyt nosa, w największéj jednak liczbie chorzy nie umieją podać przyczyny. Wspomnieliśmy już, że Hebra i Kaposi wykluczają związek twardziela z kiłą, za ich przykładem poszedł i Geber, przeciwnie zaś Weinlechner, Mikulicz i Billroth twierdzą, że twardziel nosa jest, mimo bezskuteczności leczenia swoistego, prawdopodobnie produktem kiły nabytéj lub dziedzicznéj. Nie można zaprzeczyć, że niektóre osoby dotknięte tém cierpieniem niewątpliwie były kiłowe, inne jednak a tych jest większość, nie okazywały żadnego śladu istniejącéj lub przebytéj kiły. Widziałem 19letnią dziewczynę dotkniętą twardzielem, która niewątpliwie nie była kiłową i któréj rodzina według zupełnie wiarogodnego świadectwa Dra Załozieckiego jest całkiem zdrową. Na podstawie dotychczasowych obserwacyj można orzec, że twardziel nosa nie stoi w związku przyczynowym z kiłą, jeżeli nie chcemy koniecznie wierzyć w chorobę bez objawów.

Badanie drobnowidowe twardziela doprowadziło dotychczas do trzech odmiennych wyników. Jak już wspomniałem widział Kaposi w twardzielu mięsak, jednak Geber już w 1872 roku a Mikulicz w 1877 r. wyrzekli, że twardziel jest chroniczném zapaleniem skóry. Mikulicz, który dotychczas przerzeczone cierpienie najdokładniéj zbadał, zauważył, że komórki w głębszych warstwach skóry tracą pierwotny kształt okrągły i przyjmują wrzecionowaty a w jeszcze głę-

bszych przemieniają się w tkankę łączną. Nie wszystkie jednak komórki głębszych warstw równocześnie ulegają téj zmianie, przez co niejako powstają siatki tkanki łącznéj, których oka wypełnione są drobnemi okrągłemi komórkami. Dopiero po dłuższym czasie i te komórki się przekształcają w tkankę bliznowatą. Schmiedicke (1880) następującemi słowy kreśli obraz drobnowidowy twardziela: „Badanie wyciętego kawałka wykazało pod miejscami zgrubiałym przyskórkiem, nieznaczną tylko zmianę warstwy siatkowatéj. Jedyną nieprawidłowością była lekka hiperplazyja komórek szczególnie w ich kolcach *(Stachelapparat)*. Właściwa skóra okazywała gęsty naciek komórkowy, który się ściśle przez mocne zabarwienie jąder odgraniczał. W głębszych warstwach przerywały naciek znaczne pręgi tkanki łącznéj, które w pojedynczych szczególniéj głębszych a zatém starszych przekrojach były znaczniejsze. Przechylam się do mniemania, że ta tkanka jest przyczyną znacznéj twardości miejsc zajętych. W głębszych warstwach widziano znaczną liczbę świateł naczyń otoczonych w obwodzie gęstą warstwą komórek. Komórki dochodzą do wielkości ciałek krwi czerwonych, w treści widziano jedno do dwóch jąder mocno zabarwionych. Kształt komórek jest rozmaity, od okrągłego do owalnego i wrzecionowatego opatrzonego niekiedy wypustkami“. Schmiedicke zatém przechyla się widocznie do zdania Mikulicza i uznaje twardziel nosa jako chroniczne zapalenie. Za zdaniem tém przemawia jeszcze spostrzeżenie Billrotha, który, operując raz twardziel nosa natrafił w głębi tegoż na znaczny opór. Po zbadaniu drobnowidowém okazało się, że głębsze warstwy wyciętéj części uległy zupełnemu skostnieniu.

Zupełnie odmiennie przedstawia się twardziel nosa według badań Auspitza, podanych w tegoż układzie chorób skórnych ogłoszonym w b. r. *(System der Hautkrankheiten* 1881 p. 173). Autor ten powiada, że naciek komórkowy należy w tém cierpieniu, ze względu na ułożenie komórek i ich historyję do rodzaju gruźlaków *(Granuloma)*. Punktem wyjścia jest błona dodatkowa *(adventitia)* naczyń; tu i owdzie widać budowę siatkowatą *(alveolärer Bau)*, Przyczyną twardości miejsc dotkniętych jest stwardnienie tkanki łącznéj włóknistéj, na którą już w szankrze stwardniałym zwrócił uwagę.

Dziewczynie, o któréj wyżéj wspomniałem, wyciął Dr. Załoziecki w mojéj obecności na 2 cm. długi a 1 cm. szeroki kawałek twardziela z prawego skrzydła nosa. Że chora niewątpliwie była dotkniętą tém, a nie inném cierpieniem, za tém przemawiał cały przebieg i cechujące objawy choroby, które poniżéj skreślimy. Z kilkunastu preparatów, jakie zrobiłem, tylko cztery były dostatecznie cienkie, reszta była nie do użycia Następujący jest wynik mojego badania: Proces chorobowy ogranicza się do właściwej skóry, która w całéj swéj grubości jest nacieklą małemi komórkami, z których największe nie przechodzą granic czerwonych ciałek krwi. We wyższych warstwach komórki są okrągłe, w głębszych zaś obok okrągłych napotyka się pojedynczemi grupami owalne a tu i owdzie nawet wrzecionowate. Naczynia są wyraźnie rozszerzone, ściany ich jednak nie są zgrubiałe. W obwodzie naczyń jest naciek widocznie gęstszy, niż w innych częściach skóry. Czy w tkance samej skóry jest jaka zmiana, orzec nie mogę; wśród nacieku tu i owdzie widać wprawdzie pojedyncze smugi tkanki, wyraźnych zmian jednakże na nich spostrzedz nie można.

Na podstawie powyższego wyniku przechylam się do mniemania Mikulicza, że twardziel nosa polega na chroniczném zapaleniu skóry.

Twardziel nosa przebiega bardzo leniwo i rozpoczyna się zazwyczaj od nieznacznego zgrubienia a następnie twardnienia jednego ze skrzydeł lub przepony nosa; w rzadkich tylko przypadkach są miejscem wyjścia cierpienia łuki podniebienne lub muszle nosa. Rozwojowi twardziela nie towarzyszy ani ból ani téż jakikolwiek inny objaw zapalny. Cierpienie wprawdzie powoli, lecz statecznie się szerzy i zajmuje po roku lub dłuższym czasie całą chrząstkowatą część nosa. Skrzydła grubieją znacznie a chory z trudnością tylko przez nos oddycha. Kto chorego przedtém nie znał, na pierwszy rzut oka nie uznałby go cierpiącym, gdyż całą widoczną zmianą na twarzy jest nos szeroki i nieco przypłaszczony. Dotknąwszy się jednak nosa i spróbowawszy zbliżyć do siebie jego skrzydła, poczujemy twardość tak znaczną, jakby było wyciosane z marmuru. W dalszym przebiegu szerzy się cierpienie na wargę górną, na jéj błonę śluzową i dziąsła lub na głębsze części jamy nosa. W ostatnim razie przechodzi jéj wewnętrzne granice i zajmuje podniebienie miękkie, łuki podniebienne a w rzadszych przypadkach i krtań. Części te tracą wejrzenie błon śluzowych, łuki tężeją, tylni brzeg podniebienia i języczek tracą prawidłowy kształt i zmieniają położenie, a niekiedy zanikają. Zmiany, jakie oczom naszym się przedstawiają, są łudząco podobne do objawów kiły późnéj: podniebienie twarde pokryte białemi srebrzysto połyskującemi bliznami, podniebienie miękkie, zanikłe, małemi pokryte wrzodzikami, którym tylko brak objawów zapalnych w otoczeniu, języczek albo przyrośnięty do tylnéj ściany gardziela, albo go wcale niema. Po kilkunastu latach trwania choroby przechodzi cierpienie i na wargę dolną, przez co usta są tak zwężone, że chory pokarmów brać nie może; dziąsła stwardniałe zanikają, zęby wypadają a zębodoły również ulegają zanikowi. Chory przez nos zupełnie zrośnięty wcale oddychać nie może. Tylko leczenie operacyjne, które ciągle i ciągle powtarzać należy, utrzymuje go przy życiu, jeżeli go choroba inna od cierpień nie uwolni.

Na zewnętrznéj powierzchni nosa przez cały ciąg choroby nie widać, prócz wyżéj wymienionych, żadnych ważniejszych zmian patologicznych: małe wysłojenia przyskórka jakie niekiedy się wytwarzają, w krótkim czasie ustępują nie pozostawiając po sobie śladu. W roku 1875 opisał Zeissl przypadek twardziela, który uległ częściowemu owrzodzeniu; to jest jedyny dotychczas znany, w którym tak znaczną spostrzeżono zmianę.

Rany operacyjne w twardzielu nadzwyczaj szybko i bez ropienia się goją, w jednym tylko przypadku zauważano, że po dwóch latach rana nie była zabliźnioną. Przy nacinaniu twardziela dziwne zrobiono spostrzeżenie; mimo znacznéj twardości, która jest jednym z cechujących objawów tego cierpienia, nóż nie natrafia na opór znaczniejszego stopnia.

Odliczywszy zeszpecenie twarzy, które w dość częstych przypadkach dopiero po dwu lub trzechletnim trwaniu choroby dochodzi do znaczniejszego stopnia, objawy podmiotowe są dość nieznaczne. Utrudnione oddechanie przez nos najprędzéj jeszcze chorego zmusza udać się do lekarza po poradę; dopiero po 6—10 latach, gdy twardziel zajmuje już podniebienie i usta, gdy zęby wypadną a chory z trudnością tylko pokarmy i napoje przyjmować może, staje się życie dla niego ciężarem. Obok tych objawów w przypadkach rzadszych występują napady duszności, bezgłos i napady padaczkowe gdy cierpienie zajęło nagłośnię i więzadła głosowe. Odżywienie chorego w pierwszych latach jest zazwyczaj dobre, z cza-

sem jednak chory uędznieje i słabnie. W twardzielu samym nigdy bez nacisku lub urazu bólu niema, dotknąwszy się jednak miejsc zajętych nieco energicznéj można wywołać ból i to dość znacznego stopnia.

Już kilka powyższych choć pobieżnych rysów może posłużyć za nić przewodnią w rozpoznawaniu twardziela nosa i odróżnieniu tegoż od kiły, poczynającego raka nabłonkowego a wreszcie i bliznowca *(Keloid)*. Szczególnie w okresie późnym, kiedy twardziel nosa już na podniebienie się rozszerzył i tamże począł dzieło zniszczenia, nie trudno o pomyłkę co do kiły. Brak objawów na innych częściach ciała, brak objawów zapalnych w miejscach zajętych a ostatecznie i bezskuteczność leczenia swoistego może rychło nas z błędu wyprowadzą. Wiemy, że rak nabłonkowy dopiero po niejakim czasie trwania się rozpada i że przedtém występuje w postaci mniejszego lub większego dość twardego guza, omyłka rozpoznawcza byłaby zatém możebną. Ochronimy się jednak od niéj, gdy uwzględnimy, że twardziel dopiero po dość długim czasie tworzy guzy i to niebolesne, że tylko nadzwyczaj rzadko rozpada się i że nie wywołuje zmian w poblizkich gruczołach, a rak nabłonkowy przeciwnie już wcześnie w postaci guza bolesnego występuje, który wśród objawów zapalnych wrzodzieje a gruczoły chłonicze poblizkie obrzękają. Większe nieco trudności przedstawia nam rozróżnienie twardziela od bliznowca, szczególnie jeśli pierwszy występuje w postaci guzów. Najlepszym sposobem usunięcia wątpliwości jest zbadanie drobnowidowe wyciętego kawałka, gdyż jak wiadomo przedstawia się bliznowiec jako włókniak, w którym się tylko małą ilość komórek wrzecionowatych napotyka.

W twardzielu rokowanie co do uzdrowienia chorego jest niepomyślném, życiu jednak zazwyczaj nie grozi żadne niebezpieczeństwo. W obec twardziela stoimy niejako bezsilni, gdyż nie mamy środka, którymbyśmy zdołali usunąć go, ani téż takiego, któryby go wstrzymał w dalszym rozwoju. Pomoc, jaką choremu dać możemy, jest tylko chwilową. Środki żrące jak n. p. azotan srebra, lub nóż chirurga torują tylko na krótki czas powietrzu drogę przez nos lub pokarmom przez zwężone usta, gdyż twardziel stosunkowo prędko się odnawia. W ostatnich czasach polecił Schmiedicke maść 10% *ex acido pyrogallico*, któréj miał u swéj choréj z dobrym użyć skutkiem. W klinice wiedeńskiéj, zkąd środek ten wyszedł, dotychczas skutku po nim nie widziano. U dziewczyny, o któréj wyżéj wspomniałem, również próbowano kwasu pyrogallusowego lecz bezskutecznie, gdyż twardziel równie szybko się szerzył jak i bez niego. Miejmy jednak nadzieję, że przyszłość nie pozostawi nas tak bezsilnych w obec téj jak dotychczas, nieuleczněj choroby.

IV. Oceny i sprawozdania.

Wojciech Oczko: **Przymiot i Cieplice** opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez Dra Edwarda Klinka, oraz rozprawą o języku dzieł przez Ad. Ant. Kryńskiego.—Wydanie jubileuszowe. Warszawa. Nakładem Towarzystwa lek. warsz. Druk K. Kowalewskiego. W 8ce większ., str. CXXXV, 544. Z ryciną pomnika W. Oczki, tudzież z podobizną autografowaną listu i karty tytułowéj i następnéj wydania 1go dzieła głównego z r. 1581.

Wydanie świeże Oczki nosi znamię jubileuszowe nie tylko z roku wyjścia we 300 lat po pierwszém ukazaniu się dzieła znakomitego ziomka, ale i ze świetnéj wyprawy, w jakiéj występuje, tak pod względem naukowym, jak typograficznym. Towarzystwo lekarskie warszawskie odpowiedziało chlubnie zaszczytnemu i poważnemu swojemu powołaniu zbogacając piśmiennictwo lekarskie polskie dziełem pomnikowém, świadczącém wymownie o żywym ruchu i podniosłym duchu naukowym w kraju, opartym na gruntowności, żwawym postępie i szerszych poglądach. Powinszować należy temu ciału naukowemu równie pomysłu, jak i jego wykonania przeprowadzonego w ścisłém znaczeniu słowa *„con amore,“* bo z owém namaszczeniem wynikającém z szczerego zamiłowania, idącego zwykle w parze z głębokiém znawstwem. Do nieposlednich zasług wydania należy, iż samym swoim przykładem wskazuje namacalnie i dowodnie potrzebę i pożytek podstawy historycznéj, zbawienne i płodne oddziaływanie wzajemne znajomości dziejów na dalszy rozwój nauki a świeżego postępu na wyjaśnienie zabytków przeszłości. Światło nowszéj krytyki wydobywa tym sposobem z dawnych spostrzeżeń nowe widoki i odkrycia, a wyniki doświadczenia dawnego obraca na pożytek nauki dzisiejszéj. Jeżeli gdzie, to na polu syfilidologii nierozstrzygnięte dotąd wątpliwości szukają oparcia i poparcia w historyi i jéj wiarogodnych świadectwach. Staje przed zadowolonemi oczyma miły widok starego a poważnego pomnika, ale wskrzeszonego umiejętnie i oblanego potokami dziennéj dzisiejszéj jasności. Umiejętna, zabiegliwa i szczodra staranność zachowująca troskliwie i sumiennie najdrobniejsze znamiona przeszłości a dobitnie je wyjaśniająca przez zestawienie i porównanie ze stanowiskiem nauki dzisiejszém wywiera wrażenie arcybudujące, pod wpływem którego przystępuje się do rozpatrywania tak całości, jak pojedynczych części z uszanowaniem i z wdzięcznością.

Wstęp skreśla krótkie dzieje tego wydawnictwa, które poruszył autor Dr. E. Klink na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego dnia 16 marca 1880. Na wniosek bowiem jego uzupełniony dodatkiem sekretarza stałego prof. Szokalskiego uchwaliło wspomniane ciało naukowe jednomyślnie wydać swoim nakładem i staraniem, w trzechsetnym roku od pierwszego ogłoszenia, pomnikowe dzieło Wojciecha Oczki p. t. Przymiot, tudzież drugie pismo wyszłe w r. 1578 pod napisem Cieplice i podnieść uroczyste znaczenie tego piśmienniczego objawu, łącząc go z drugiém na rok bieżący również przypadającém jubileuszowém wspomnieniem przez poświęcenie go Prezesowi Akademii Umiejętności Drowi Józefowi Majerowi w 50tą rocznicę otrzymania stopnia doktora medycyny. Wykonanie zadania poruczono komitetowi redakcyjnemu Pamiętnika Towarzystwa, który ze spółudziałem znakomitych powag na polu dawnego piśmiennictwa, wywiązał się z niego nie tylko sumiennie, ale ze starannością uwzględniającą troskliwie obok skrupulatnéj poprawności osnowy głównéj także objaśniające dodatki krytyczno naukowe. Ostatnie opatrzone oddzielną paginacyją rzymską tworzą dział wstępny złożony z kilku rozpraw mających za przedmiot żywot Oczki i jego stanowisko naukowe na tle stosunków spółczesnych tudzież właściwości jego języka i stylu.

Pierwsze dwie części są pióra Dra E. Klinka, językowa p. Kryńskiego. Rozdział I po treściwym obrazie historycznym spółczesnéj Polski kreśli na podstawie pilnych poszukiwań źródłowych nie tylko bieg życia autora dawnego, ale i jego stosunki rodzinne, stanowisko i zakres działania prywatny i publiczny. Mylnie przez innych autorów podawa-

ny rok urodzenia 1545 a śmierci 1608, doznaje sprostowania na 1537 i koniec r. 1599 lub początek r. 1600. Postać Oczki rysuje się wiernie a sympatycznie jako lekarza i obywatela zacnego, znakomite w społeczności zajmującego stanowisko, pełnego poświęcenia w życiu prywatném i publiczném, miłującego kraj i dbałego o naukę i rozwój ojczystego języka.

Nad działalnością naukową dawnego pisarza zastanawia się część II poczynająca rzecz swoję od obrazu spółczesnéj nauki lekarskiéj w ogólności a wiadomości o chorobach wenerycznych w szczególności, aby na tle jego wyjaśnić znaczenie i zasługi naukowe autora. Zamyka tę część dość szczegółowe streszczenie obu wydanych dzieł, po którém następuje krytyczne ich ocenienie, wedle którego „Oczko stał na wysokości panujących w XVI wieku poglądów,“ „terapija chorób wenerycznych świetnie jest opracowana...“ szczególniéj zaś „rozdziały o mazaniu, chinie, salsie i drzewie gwajakowém; każde pytanie, jakie dziś po 300 latach postawilibyśmy Oczce, jest rozwiązane i nie wiele różni się od dzisiejszych naszych pojęć. Jest to tak świetnie opracowany dział, że prawie nic dodać, a bardzo nie wiele zmienićby można.“ Z wielką pochwałą podnosi trafny wykład zasad dyjetetycznych i wyraża przekonanie „że Oczko wybornie korzystał ze wszystkich ówczesnych materyjałów, że je usystematyzował, niektóre działy obrobił nadzwyczaj dokładnie i całkiem oryginalnie; on pierwszy w Polsce złożył podstawę dla nauki o chorobach wenerycznych i słusznie należy mu się miano ojca syfilidologii polskiéj.“

(Dokończenie nastąpi.)

Zur Aetiologie der Pilzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. *Vorträge gehalten in de Sitzungen des aerztlichen Vereines zu München im J. 1880 — München 1881. Jos. Ant. Finsterlin.*

W tow. lekarskiém monachijskiém przyjął się od r. 1871/2 chwalebny zwyczaj urządzania w zimie szeregu po wiązanych ze sobą odczytów w przedmiocie jednéj z bieżących kwestyj umiejętnych. Sposób ten wzajemnéj nauki i zachęty stał się wkrótce ulubionym. Owocem jego w r. 1880/81 było 14 wykładów w sprawie, objętéj nagłówkiem. Wykłady, ogłaszane kolejno w czasopiśmie „*Aerztl. Intelligenzblatt*“, zostały teraz wydane w formie książki o 432 str. po cenie 6 zlr. Są to krytyczne sprawozdania o stanie obecnym omawianych zagadnień. Tytuły ich następujące: 1) O chorobach roślin wywołanych grzybkami, przez prof. Dra Hartiga, 2) O chorobach grzybkowych zwierząt wyższego i niższego rzędu, przez prof. Bollingera, 3) O skutkach dwoinek w ustroju żywym, przez Dra Buchnera. 4) O zmianach grzybkowych w uchu, przez Doc. Dra Bezolda, 5) Przyczynek do etyjologii tyfusu brzusznego, przez Dra Porta, 6) O naturze przyrzutów i sposobach ich szerzenia się, przez Dra Sojkę, 7) O grzybkach w chorobach zębów, przez Dra Weila, 8) O etyjologii błoniawy, przez prof. Dra Oertla, 9) Przyczynek do tego samego zagadnienia, przez prof. Dra Rankego, 10) O warunkach, w jakich grzybki dostają się do powietrza i bywają wdychane, przez Dra Buchnera, 11) Związek cholery z nauką o pasorzytach, przez prof. Pettenkoffera, 12) Stan obecny nauki o chorobach zakaźnych oka, przez prof. Rothmunda, 13) O truciznie w mięsie, zgniliznie w jelitach i tyfusie brzusznym, przez prof. Bollingera, 14) O zapaleniu płuc zakaźném, przez Dra Kerschensteinera. W następnych numerach „Przeglądu“ będę się starał zdać w streszczeniu sprawę z najważniejszych odczytów lub najciekawszych ich ustępów. *Dr. Różański (Lwów).*

Jaffe: O resekcyi kiszek w zgorzelinowych przepuklinach.

W trzech ostatnich latach doczekaliśmy się trzech zabiegów chirurgicznych, które zwróciły uwagę nie tylko lekarskiéj ale i szerszéj publiczności, jako to: wycięcia całkowitego macicy przez Freunda (1878), ekstyrpacyi krtani i przełyku przez Billrotha, jak również przez tego ostatniego szczęśliwie dokonanéj resekcyi zwyrodniałego odźwiernika żołądka.

Pomyślny wynik téj operacyi ostatniéj, w obec dwóch niepomyślnych poprzednio dokonanych, przypisuje autor i to słusznie, obok wprawy i szczęścia operatora, także i téj okoliczności, że technika operacyi na kiszkach w ostatnich czasach w skutek doświadczalnych i klinicznych prac w tym celu podjętych znacznie posuniętą została naprzód, szczególnie zaś część o resekcyjach kiszek. Téj ostatniéj sprawie poświęca autor swój artykuł, mianowicie zaś resekcyi kiszek robionéj w przepuklinach zgorzelinowych.

Na wstępie mamy zestawioną kazuistykę 16 przypadków, ogłoszonych w literaturze, z których 9 zakończyło się niepomyślnie czyli 56% śmiertelności a dodając do tego przypadki nieogłoszone a zakończone śmiertelnie otrzymamy procent jeszcze wyższy. Mimo tego wypowiada autor twierdzenie, że operacyja ta, w obec coraz więcéj okazującego się postępu w téj sprawie, wywalczy sobie takie samo stanowisko jak owaryjotomija!

Z dalszego opisu wskazań techniki operacyi, postępowania pooperacyjnego, jak również z opisanego przypadku operowanego przez samego autora, który się pomyślnie zakończył, można następujące wysnuć wnioski obejmujące zapatrywania autora na całą tę sprawę:

1) Resekcyja kiszki w skutek zgorzeli uwiązgniętéj przepukliny jest usprawiedliwioną (zapatrywanie przeciwne zdaniu Billrotha i Péana).

2) Wskazaną jest przy zgorzeli przepukliny, jeżeli nie ma objawów ogólnego zapalenia otrzewny; perforacyja kiszki, jeżeli sąsiednie części otrzewny są zdrowe, nie stanowi przeciwwskazania.

3) Rozszerzenie pierścienia przepuklinowego powinno się odbywać drogą krwawą przez liczne, płytkie nacięcia (*multiples Débridements*), a nie tępemi narzędziami (z obawy nadwerężenia chorobowo zmienionéj kiszki).

5) Dla powstrzymania wypłynięcia kału tak z przywodzącego jak i z odwodzącego jelita najlepiéj założyć czasową ligaturę nitką jedwabną.

6) Różnicę w rozmiarach otworów obydwóch części kiszki mających być ze sobą spojonych najlepiéj znieść przez poprowadzenie cięć owalnych przy wycinaniu kawałka kiszki dotkniętego zgorzelą.

7) Do zespajania dobry jest szew ósemkowy Gussenbauera lub jeszcze lepszy szew Lamberta-Czernego. Co do materyjału używanego do szycia przechyla się autor na stronę zwolenników katgutu.

8) Po operacyi, przy pomyślnym przebiegu, trzy dni ściśléj dyjety (kawałki lodu, woda zimna) wystarcza, małe dawki opijum są potrzebne, dawaniu zaś lewatyw pożywnych

w tym czasie autor jest przeciwny. Po trzech dniach, gdy niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny minęło, nie podaje się już więcéj opium, a wtedy pierwszy stolec ku uldze choremu, a ku radości lekarza przychodzi, chory zaczyna spożywać pokarmy płynne przechodząc powoli do coraz stalszych. *(Sammlung klinischer Vorträge Volkmanna* Nr. 20.). *Dr. G.*

Prof Mauriac w Paryżu: **O wycinaniu wrzodu kiłowego pierwotnego.**

W ostatnich latach zajmowało żywo umysły syfilidologów pytanie, któremu ze stanowiska teoretycznego nie można ująć znaczenia, a którego praktyczne następstwa byłyby nader wielkiéj doniosłości, gdyby na nie można odpowiedzieć stanowczo i potakująco. Zachodzi bowiem w ogóle pytanie, czy istnieje taka chwila, w któréjby zniszczona zmiana pierwotna kiłowa, zaledwie od niedawna powstała, zdołała po wstrzymać zakażenie całego ustroju jadem właściwym, i przeszkodzić tym sposobem rozwielmożnieniu choroby.

Nie upłynęło więcéj, niż lat 40—50, kiedy większość lekarzy była tego zdania, że za pomocą silnego przyżegania zmiany pierwotnéj w pierwszym jéj zawiązku można dalsze następstwa choroby powstrzymać. i w ten łatwy sposób przeprowadzić leczenie kiły poronne. Ponieważ jednak wówczas nauka o jedności jadu kiłowego była niemal powszechnie wyznawaną, przeto sprawa rozeznawcza obydwu szankrów była daleko mniej jasną, aniżeli to jest dzisiaj; nic więc dziwnego, że z tego powodu leczenie poronne okazywało się tak często skutecznem, ponieważ było wymierzone przeciwko szankrowi miękkiemu. Ażeby doświadczenie było przekonywające, wypada przedewszystkiém, ażeby rozpoznanie ogniska choroby, przeznaczonego do zniszczenia, nie przedstawiało żadnéj wątpliwości. Jeżeli się nie chcemy łudzić w orzeczeniu, czy mamy do czynienia z nadżarciem, lub téż z malém owrzodzeniem, które w pierwszych dniach, a tém bardziéj, jeżeli takowe w pierwszych godzinach swego istnienia wystąpiło pod pozorem szankra, to często znajdziemy się w tém położeniu, że stanowcza odpowiedź co do istoty zmiany chorobowéj okaże się niemożebną. Do rzędu powyższych trudności rozpoznawczych przyczynia się także i ta okoliczność, że tego rodzaju wytwory chorobowe podobnemi bywają do owrzodzeń herpetycznych. Jeżeli jednak przypuścimy, że chory, spostrzegłszy zaledwie pierwszy ślad choroby, który za wynik zarażenia uważa, zasięgnął natychmiast rady lekarskiéj, to w największéj liczbie przypadków upłynął już pewien przeciąg czasu, w którym miejsce uszkodzone posiadało mniéj wybitną cechę, aniżeli to było w chwili naszych oględzin, a wówczas zniszczenie owego zawiązku mogło dawać poniekąd nadzieję, że dalsze skutki zostaną powstrzymane. W ten sposób mamy przed sobą alternatywę: albo wycinać lub przyżegać to, czego dokładnie nie znamy, lub téż odwlec operacyję, któréj znowu poronna skuteczność z każdą chwilą zwłoki staje się coraz wątpliwszą; wszystkie zaś warunki, jakie są niezbędnie potrzebne, ażeby można liczyć na niewątpliwe powodzenie, bardzo rzadko znaleźć razem. Autor powiada, że odkąd się zajmuje śledzeniem takich przypadków, do téj chwili nawinął mu się tylko jeden, a przecież miał sposobność widzenia tysięcy szankrów każdego rodzaju i w każdym rozwoju. Odmienną trudność do pokonania nasuwa sama siedziba zmiany chorobowéj, z których nie małą liczbę można tylko jedynie usunąć ze znacznym uszczerbkiem części otaczających.

Stanowisko, z jakiego M. zapatruje się na przebieg zakażenia kiłowego, jest następujące. Spostrzeżenia i doświadczenia kliniczne dowiodły podzisdzień dostatecznie, że zmiana pierwotna kiłowa nigdy się nie rozwija bezpośrednio po zarażeniu; że przeto od chwili, kiedy jad wniknął w tkaninę, aż do wystąpienia zmiany pierwotnéj, upływa zawsze znaczny przeciąg czasu. Na zasadzie dziesięcioletniego doświadczenia utrzymuje tenże, że pora tajenia się jadu dochodzi średnio od 30—40 dni, ze względu jednak na chorobę nie ma to wielkiego znaczenia. Gdyby bowiem pora tajenia się jadu tylko 10 lub 15 dni dobiegała, to jeszcze nasunęłaby się myśl wymagająca następujących objaśnień. I tak co do pierwszego, przypuszczamy, że wessanie jadu właściwego powstaje w chwili zetknięcia, a cały ustrój chociaż jednym zamachem zatruty dowiaduje się o téj wielkiéj rzeczywistości tylko z miejscowego objawu, który się rozwinął ściśle na tém samém miejscu, na którém powstało zarażenie.

Ta odosobniona zmiana chorobowa, to pierwsze miejscowe zjawisko, pomimo ogólnego zarodu choroby, byłoby wrzodem pierwotnym kiłowym. Gdyby to przypuszczenie było prawdziwe, to byłoby niesłusznem nazywać wrzód pierwotny zaraźliwym, gdyż daleki od tego, ażeby za przyczynę zakażenia uchodzić, nie byłby niczém innem, jak tylko pierwszą oznaką tegoż.

Jakkolwiek dziwnem może się zdawać to zapatrywanie, a mianowicie, jeżeli się zwróci uwagę na przyczynę rozpostarcia choroby t. j. na zatrucie, daléj na siedzibę ograniczoną jak również na dokładność tego miejsca, w którém jad został złożony, to przecież prawie wszyscy pisarze, a między nimi największe powagi, należą do gorliwych wyznawców tegoż.

(Dokończenie nastąpi).

Prof. Hecker (w Monachijum): **O kile podczas ciąży i o jéj wpływie na płód.**

Autor spostrzegał 173 przypadków kiły dziedzicznéj, o których podaje następujące szczegóły:

Do pierwszego szeregu zalicza te przypadki, w których matka podczas porodu posiadała kiłę nie leczoną. Tego rodzaju przypadków było 81; matki po największéj części okazywały kłykciny sączące około stolca i na wargach sromych większych, albo wrzody w rowku czółenkowatym. Czas trwania kłykcin sączących nie mógł być dokładnie podanym. W przypadkach tych bardzo rzadko spostrzegano objawy zakażenia ogólnego. Z tych 81 przypadków było 46 dzieci czyli 57% zupełnie donoszonych, a 35 czyli 43% przedwcześnie urodzonych albo niezdolnych do życia. Daléj podnieść należy tę okoliczność, że 46 dzieci czyli 57% było zupełnie zdrowych i wolnych od kiły w czasie pobytu ich w zakładzie, 25 zaś dzieci czyli 30% urodziło się w stanie wymokłym. We wszystkich tych przypadkach sekcyja nie wykazała w wewnętrznych organach żadnych zmian kiłowych, stwierdzić jednak można było znaczniejszą ciężkość łożyska. W 7 przypadkach okazywały dzieci zmiany kiłowe jak pęcherzycę lub kilaki w wewnętrznych organach, w 3 przypadkach zaś należało śmierć przypisać innym przyczyczynom. Z powyższego wynikałoby, że w więcéj niż połowie przypadków kiły matki płód nie zostaje zakażonym, że zatém łożysko służy rzeczywiście za rodzaj sączka, który nieprzepuszcza pierwiastka zaraźliwego do płodu. Zważywszy jednak, że w tych przypadkach, w których matki cierpiały na kłykciny sączące bez równoczesnego zajęcia skóry

lub błon śluzowych niezauważano podczas całéj ciąży, mimo nieleczenia tych chorych, żadnych objawów zakażenia ogólnego, autor wątpi, czy w ogóle tego rodzaju zmiany uważać należy za należące do kiły ogólnéj lub téż tylko za objaw miejscowy, zwłaszcza że zmiany te ustępowały dobrowolnie, a chore i nadal mimo nieleczenia wolne były od zmian kiłowych ogólnych. W ten sposób łatwo bardzo możnaby było wytłumaczyć, dlaczego 46 razy dzieci nowonarodzone wolne były od kiły. W niniejszéj liczbie przypadków (30%) w skutek zakażenia kiłowego płód obumiera i w stanie zgniłym wydalonym zostaje, co zazwyczaj następuje na pewien czas a nawet na kilka miesięcy przed dobiegnięciem ciąży do kresu. W przypadkach tych na podstawie zwiększonéj objętości łożyska i badania drobnowidowego stwierdzono cierpienie kiłowe tego organu. Najmniéj (9%) było takich dzieci, które nieżywo urodzone albo wkrótce po urodzeniu zmarłe, okazywały kile właściwe zmiany na skórze albo w wewnętrznych organach.

Do drugiego szeregu zalicza autor 32 przypadki kiły matki leczonéj, z tych 14 dzieci było donoszonych a 18 niedonoszonych; 11 było zupełnie zdrowych, 9 w stanie zgniłym, 4 okazywały objawy zakażenia kiłowego, 8 niezdolnych do życia (*lebensschwach)* ale bez objawów kiłowych. Stosunek zatém znachodzimy niemal ten sam, jak w powyżéj przytoczonych przypadkach, gdzie kiła matki była nieleczoną.

Trzeci szereg spostrzeżeń kiły zadawnionéj stanowi 7 przypadków, a z tych 2 dzieci było zdrowych, 4 posiadały przypady kiły a 1 było niezdolne do życia.

Czwarty szereg stanowią 53 przypadki, w których mimo najstaranniejszego badania nie można było u matki wykazać żadnych śladów kiły. W przypadkach tych przypuścić musimy, że ojciec był przyczyną pojawienia się u dziecka kiły. W takich razach dzieci okazują odrębne właściwości i zboczenia od prawidła, które w następujący sposób się przedstawiają:

1) Rzadko bardzo bywają donoszone (na 55 było 48, czyli 87% niedonoszonych).

2) Na 55 dzieci urodziło się tylko 2 w stanie wymokłym; zdolność do życia u dzieci tego rodzaju jest bardzo małą, albowiem na 55 dzieci urodziło się 18 nieżywych, 12 zmarło, w następnych 24 godzinach a 16 w następnych 11 dniach, 9 tylko zdołano utrzymać przy życiu. Im większe zmiany kiłowe napotyka się we wewnętrznych organach, tém zdolność do życia u nich jest mniejszą; w razie rozległych zboczeń w płucach, dzieci oddychają tylko przez krótki czas albo téż wcale nie oddychają i dlatego rodzą się albo nieżywe albo giną skutkiem uduszenia. W takich razach często brzuch jest wydęty z powodu powiększenia wątroby. Te dzieci, które utrzymane zostały przy życiu, nieokazują zazwyczaj żadnych zboczeń we wewnętrznych organach, tylko osutki pod postacią pęcherzycy na rękach i nogach.

3) Uwzględniając częstość zmiany syflityczne występowały w sposób następujący:

a) Pęcherzycę obserwowano 41 razy (75%) u 55 dzieci i to najczęściéj była ona już obecną podczas porodu.

b) Zmiany w płucach zauważano 31 razy (56%) a mianowicie 18 razy pod postacią białego zapalenia płuc zrazikowego a 14 razy pod postacią rozsianych kilaków. Jak obie te postacie są ze sobą spokrewnione, przekonać się możemy z następującego przypadku:

D. 14 marca 1879 urodziła 17-letnia pierwiastka, zupełnie wolna od kiły, dwoje dziewcząt, z których pierwsza ważyła 1800 grm. i była 42 cm. długą, druga zaś długości 31 cm. ważyła 800 grm. Zmarły w skutek uduszenia, a sekcyja wykazała u jednéj z nich białe zapalenie płuc po obu stronach, obok ropnia w gruźlicy, w drugiéj zaś znachodziły się luźne rozsiane kilaki w płucach, w innych organach nie napotkano żadnych zmian. Łożysko ważyło 950 grm.

c) ropnie w grasicy uważano 16 razy (29%);

d) zmiany kiłowe w wątrobie 14 razy (25·5%);

e) stwardnienie trzustki 12 razy (22%);

f) powiększenie śledziony 10 razy (18%);

g) zmiany w nadnerczu 8 razy (15%);

h) zmiany w mózgu 3 razy;

i) zapalenie otrzewny 3 razy.

Pokazuje się zatém, że moje dawniejsze twierdzenie że w przeważnéj liczbie przypadków kiła dziedziczna w wewnętrznych organach zawdzięcza ojcu powstanie swoje, jest zupełnie uzasadnioném. (*Wiener med. Blatter* Nr. 37, 1881). *A. Z.*

E. Hofmann, Kratter, Ludwig: **O tłuszczowosku.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Drudzy, nie wykluczając wcale tworzenia się tłuszczowosku z tłuszczów neutralnych (glicerydów), dowodzą atoli, że i z istoty białkowatéj tkanin powstać może. W obozie tym spotykamy się z nazwiskami Quaina, Virchowa, Kühnego, Voita i innych; do nich przyłączył się w ostatnim czasie Dr. Jul. Kratter, docent w Gracu, w rozprawie p. t. *Studien über Adipocire,* umieszczonéj w *Zeitschrift f. Biologie,* t. XVI z r. 1880 (osobna odbitka w 8ce, str. 38 z 3 tabl.). Robił on doświadczenia na odnogach ludzkich, które w czystych cylindrach szklanych przez kilka miesięcy trzymał we wodzie o ciepłocie 11—14°., obserwował bieg rozpadu, a wreszcie po zmydleniu badał masę tłuszczowoskową pod drobnowidem. Wynik badań jest następujący: 1) We wszystkich badanych cząstkach, tak w skórze, jakoteż w pokładzie tłuszczowym, w kościach i mięśniach z jednéj strony znaleźć jeszcze można niewątpliwie mniéj lub więcéj zmienione ślady utkania pierwotnego, z drugiéj zaś strony sama istota tłuszczowa choć z grubsza przedstawia formy utkania, z którego powstała, tak że z pewnością rozróżnić można na podstawie histologicznéj rozmaite rodzaje tłuszczowosku, jak: tłuszczowosk skórny, tłuszczowy, kostny, mięśniowy, a więc rodzaje, które zdają się różnić między sobą nietylko pod względem zachowania się mikroskopowego, ale i składu chemicznego. 2) Szczególniéj ważną zdaje się być obecność resztek mięśni w tłuszczowosku oraz wykazanie pewnych postaci przejściowych. O ile możebném jest rozwiązanie kwestyi fizyjologiczno-chemicznéj przez badanie drobnowidowe, sądzi K., że dostarczył dowodu, iż w rzeczy saméj istoty białkowate przemienić się mogą w tłuszczowosk. Za możebnością przemienienia się ciał białkowatych w tłuszcz, zdaniem Kr., przemawiają nadto następujące okoliczności: 1) proces chemiczny przy „dojrzewaniu sera“, przyczém nastąpić ma pomnożenie się tłuszczu; 2) tworzenie się tłuszczu z twarogu przy dłuższém staniu mleka; 3) pojawienie się kwasów tłuszczowych, jak masłowego, baldryjanowego, przy gniciu istot białkowatych; 4) tworzenie się tłuszczu z organów umieszczonych w jamie brzusznéj zwierząt (jak np. z mud, soczewek, krwi, mięśni żabich); 5) zwyrodnienie

tłuszczowe; 6) wzmożenie się warstwy tłuszczowéj kosztem białka pokarmów. Bieg saponifikacyi według Kr. jest następujący: Naprzód występuje zgnilizna połączona z utratą przyskórka, później zmydlenie tkanki tłuszczowéj podskórnéj i wszystkich innych istót tłuszczowych, przyczém sprawa posuwa się na zewnątrz aż do zmydlenia skóry; wreszcie dopiero przeobraża się tłuszczowo istota mięśniowa, przyczém sprawa powoli postępuje w głąb. Najprędzéj w 4 tygodnie po pojawieniu się zgnilizny rozpoczyna się proces saponifikacyi.

Podczas gdy Dr. Kratter na podstawie powyższych rezultatów uważa kwestyję jako rozstrzygniętą, prof. E. Ludwig w Wiedniu w ostatnim zeszycie *Real-Encyclopädie* (Bd. VIII, str. 209—219) zestawia wszystkie dotychczasowe prace o tłuszczowosku a na podstawie swych doświadczeń, umyślnie czynionych, poddaje krytyce dowody Krattera. Przedewszystkiém zbija dowód jego 3ci, ponieważ kwas masłowy i baldryjanowy wcale nie są owemi kwasami tłuszczowemi, które wchodzą w skład tłuszczowosku. Następnie podnosi zarzut, oddawna już czyniony teoryi tworzenia się tłuszczowosku z mięśni, że się dotąd nikomu nie udało otrzymać tłuszczowosk z istoty białkowatéj czystéj, wolnéj od tłuszczu, jeżeli się istotę białkowatą poddaje takim warunkom, wśród których organa w tłuszcz zamożne dostarczają tłuszczowosku. Również twierdzenie, które Blondeau w r. 1864 wygłosił, jakoby przy dojrzewaniu sera Roquefort sernik zamieniał się w tłuszcz, względnie w wyższe kwasy tłuszczowe, według doświadczeń Siebera okazało się mylném; odpada więc i 1szy dowód Krattera. Stanowczo przeciw powstawaniu tłuszczowosku z białka oświadcza się także Nencki. Zdaniem Ludwiga przeto przypuszczenie, jako i ciała białkowate biorą udział w powstaniu tłuszczowosku, dopóty pozostanie przypuszczeniem, dopóki przez niewątpliwe doświadczenia usuniętym nie zostanie zarzut, że przemienienie się białka w tłuszcz jest niemożebném.

Z tego poglądu wynika, że pomimo licznych usiłowań kwestyja z jakiego materyjału i jaką drogą tworzy się tłuszczowosk, pozostaje i nadal otwartą. *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Związek chorób ucha z chorobami oka** stwierdził Dransart w kilku przypadkach. U dwóch chorych, którzy cierpieli na zapalenie rogówki i tylne przyczepienia tęczówki, rozwinęło się przytępienie słuchu, które ustąpiło po iredektomii. Dziecko cierpiące na kiłę dziedziczną uległo zapaleniu rogówki po uderzeniu grudką śniegu w oko, jednocześnie zauważono osłabienie słuchu odpowiedniego ucha. Pewien młody człowiek postradał w skutek urazu prawe oko, oraz słuch po stronie prawéj; uderzony w oko lewe utracił on wzrok i słuch po stronie lewéj. Jeden chory cierpiał na jaglicę tępość słuchu; ile razy w skutek kuracyi poprawiał się wzrok, tyle razy słuch stawał się lepszym. (*Annales d'ocul. LXXXIV*).

(A. K.) Dr. C. Paul stosuje chorym na dur **lewatywy z resorcynem** (0,1%), po 2 dziennie i osięga prócz zupełnego obezwonienia odchodów, oraz zmniejszenia się znaczne ilości stolców. Przepłukiwanie pochwy tym samym rozczynem w raku szyi macicznéj niszczy smród tak dokuczliwy dla choréj i otoczenia. (*Bull. et mém. de la soc. de thérap.* 30 czerwca 1881).

(A. K.) Dr. Calleja **leczy biegunkę salicylanem sodowym** na téj podstawie, że zawierające się w jelitach wytwory gnilnego rozkładu często są jedyną przyczyną biegunki. Salicylan sodowy zapobiega rozkładowi, nie psując trawienia; środek ten należy podawać tak długo, aż ustanie smrodliwość wypróżnień kałowych; Calleja podaje 3.0 salicylanu sodowego dziennie, w 2 lub 3 dawkach; miał on otrzymać świetne wyniki w leczeniu biegunki suchotników, a osobliwie po dysenteryi. (*Revista de med. y cirurgia practicas* Nr. 123 i 124).

(A. K.) **Bromek potasu, jodek potasu i wodnik chloralu** stósował prof. Renzi **w chorobach serca** z następującym skutkiem: Bromek potasu zmniejsza duszność, uspokaja, sprowadza sen dłuższy i spokojniejszy; liczba tętna i oddechów zmniejsza się, ale niestety kaszel staje się przykrzejszym i częstszym. Więcéj korzyści spostrzegał Renzi od jodku potasu; szczególnie oddech staje się rzadszym, a duszność ustaje. Chloral w małych dawkach sprowadza sen u niemogących spać, nie wpływa jednak na zmniejszenie duszności; natomiast wywołuje senność i ociężałość, które skłaniają do zaniechania tego leku. (*Siécle med.* 1881).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII z dnia 20go kwietnia 1881 r.

Przewodniczący kol. prof. Domański; Członków obecnych 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Kułakowski odczytał rzecz o przypadku torbiela gruźliczego nerek (umieszczoną w Nrze 28 Przegl. Lek.) W dyskusyi nad tym przedmiotem zwrócił uwagę prelegenta kol. Pisek, że nie Ponfick, lecz Weigert pierwszy wykazał gruzełki w przewodzie piersiowym. Kol. Kułakowski stanowczo temu zaprzecza. Kol. Paszkowski zapytuje się prelegenta, czy w omówionym przypadku badano przez prostnicę, lub może znaleziono przy tém naciek w pęcherzykach nasiennych; to bowiem jest najważniejszym przypadem rozpoznawczym gruźlicy dróg moczowych, inne zaś przypady są bardzo niepewne. Kol. Pisek odnośnie do pęcherzyków nasiennych podaje, że w gruźlicy w ogóle nie tak często się wydarza, żeby pęcherzyki nasienne były zmienione, w gruźlicy zaś dróg moczowych najczęściéj rzeczywiście znajdujemy także gruźlicę pęcherzyków nasiennych. Nawet jak się kol. Pisek przekonał, zwyrodnienie pęcherzyków nasiennych może byc daleko posunięte, lubo ani w moczowodach, ani w nerkach, ani wreszcie w jądrach zmian gruźliczych nie można było wykazać. Kol. P. zwraca się następnie do twierdzenia Weigerta, który powiada, że prawie w każdym przypadku ogólnéj gruźlicy znachodzą się gruzełki w przewodzie piersiowym: późniéj twierdzenie to atoli sam W. znacznie ograniczył. Kol. P. osobistym był świadkiem, gdy Weigertowi mimo mozolnych poszukiwań w jednym przypadku ogólnéj gruźlicy nie udało się wykazać gruzełków w przewodzie piersiowym; wreszcie zapytuje się kol. prelegenta, co rozumie przez gruźlicę wrodzoną?

Kol. Kułakowski w odpowiedzi kol. Paszkowskiemu podaje, że niechodziło o stwierdzenie gruźlicy pęcherzyków, lecz o to czy jest w nerkach, gdyż w przyjądrzu i pęcherzykach znaleziono ją niewątpliwie. Co się tyczy zapytania kol. Piska odpowiada, że rozumie przez to wyrażenie wrodzoną skłonność do jéj nabywania i że pod wpływem wrodzonego niejako jadu gruźliczego organizm nierozwija się odpowiednio, co jest przyczyną znanego *habitus phthisicus*.

Kol. Pisek nie może się zgodzić na wywody kolegi prelegenta; *habitus* bowiem *phthisicus* najczęściéj jest już skutkiem spraw chorobowych przewlocznych zazwyczaj w płucach a nie dopiero ich przyczyną. Tylko w tym przypadku, jeżeli prelegent równoznacznie użył wyrażeń *hab. phth.* z wyrażeniem *tuberculosis congenita*, dałaby się nieco nazwa ta usprawiedliwić; zresztą jednak na wyrażenie „gruźlica wrodzona“ żadną miarą zgodzić się nie można. — Kol. Kułakowski przypuszcza, że przyrzut gruźlicy jest wprawdzie wrodzony, może nie ma jednak warunków

do rozwinięcia się u noworodka i dopiero z wiekiem ich nabywa, przez co przychodzi do wybuchu choroby. — Kol. Lutostański staje w obronie tego twierdzenia, opiera się bowiem na wiadoméj okoliczności, że z rodziców gruźliczych rodzą się dzieci gruźlicze; już zatém w noworodku może tkwić zarazek, który się późniéj rozwija, jakkolwiek przez odpowiednie wychowanie wybuch choroby można opóźnić lub nawet całkiem usunąć. Kol. L. skłania się przeto zupełnie do twierdzenia Cohnheima, że początek nowotworu jest wrodzony. Kol. Pisek wracając jeszcze raz do kwestyi gruźliczéj, widzi, że mowcy identyfikują zołzy z gruźlicą, które ściśle jednakowoż rozróżnić jeszcze trzeba, przynajmniéj dopóki sprawa gruźlicy jaśniejszą nie będzie. Przez zołzy należy rozumieć chorobę dającą się ściśle anatomicznie zdefiniować, mianowicie należy przez nią rozumieć tę nadmierną wrażliwość ustroju i oddziaływanie tkanek nawet na mniejsze bodźce nadmierną produkcyją komórek, które okazują dążność do szybkiego wstecznego przeobrażania się. Tak pojmowane zołzy są odrębną zupełnie jednostką chorobową o tyle z gruźlicą w związku będącą, że we wielu przypadkach stanowią tło, na którém rozwinąć się może gruźlica. Jeżeli prelegent, jak z objaśnień jego zdaje się, że wynika, rozumie przez gruźlicę wrodzoną owo usposobienie zołzowe, które w istocie bywa nieraz wrodzone, to nie powinien był użyć wyrażenia „gruźlica“. Kol. Warschauer podnosi tę okoliczność, że niezawsze *habitus phthisicus* jest wynikiem sprawy chorobowéj toczącéj się w organizmie, gdyż bardzo często napotyka się w praktyce ludzi, którzy mają wyraźny *h. ph.* a mimo to nie ma u nich suchót a nawet do nich nie przychodzi. Kol. Obaliński w dłuższéj przemowie wykazuje, że wyrażenie to gruźlica wrodzona nie jest tak nieracyjonalném, jak się wydaje, tém bardziéj, że kwestyja gruźlicy jest jeszcze kwestyją otwartą. Kol. Pisek zwraca uwagę na to, że wielu wprawdzie nie przyjmuje téj różnicy wyżéj podanéj, dla uniknienia przeto jeszcze większego chaosu w kwestyi i tak już zawiłéj należy rozróżnić gatunki przeobrażeń sérowatych, mianowicie masę sérowatą specyficzną czyli gruźliczą i masy sérowate niespecyficzne reprezentujące w ogóle wsteczne przeobrażenie produktów zapalnych. Jeżeli w ustroju w obec mas sérowatych wykażemy gruzełki lub jeżeli masa sérowata przeszczepiona niewątpliwie sprowadza gruźlicę, natenczas uprawnieni jesteśmy do nazwania jéj specyficzną czyli gruźliczą, w żadnym innym przypadku nie może być mowy o gruźlicy. Kol. Paszkowski sprzeciwia się również wyrażeniu gruźlica wrodzona, chyba że przez ten wyraz rozumieć należy organizm zdolny do cierpień kataralnych, słabo odporny na bodźce zewnętrzne, a z drugiéj strony znów silnie oddziaływający na bodźce zapalne. Kol. Kułakowski zapytuje się kol. Piska, jak wytłumaczy gruźlicze zapalenie opon mózgowych, jeżeli nigdzie nie znajdzie ogniska sérowatego. Kol. prof. Rydel zwraca uwagę na to, że trzeba położyć różnicę między pojęciami wrodzony a dziedziczny, tak np. zaćma może być wrodzoną lub dziedziczną, wrodzoną jeżeli dziecię z takową na świat przyjdzie, a dziedziczną, jeżeli w pewnéj familii członkowie téjże w pewnym okresie życia nabywają zaćmy. Kol. Pisek w odpowiedzi kol. Kułakowskiemu, jak wytłumaczyć gruźlicze zapalenie opon mózgowych, jeżeli nie znaleziono nigdzie ogniska sérowatego, odpowiada słowami Buhla: żeśmy w takim razie źle szukali. Przypadki takie są niezbyt rzadkie. Kol. P powiada daléj, że może sprawdzi się przypuszczenie Weigerta, cytowane przez Cohnheima w broszurze: *Die Tuberculose vom Standpunkte der Infectionslehre,* że nieraz owrzodzenie błony śluzowéj nosa dają początek gruźlicy opon (przez blaszkę sitową). Tu również należą przypadki ostréj prosówkowéj, ogólnéj gruźlicy pod objawami gorączki tyfoidalnéj przebiegającéj, gdzie ognisk sérowatych niemożemy wykazać, gdzie zatém zmuszeni jesteśmy przypuścić infekcyję jakimś jadem z poza ustroju pochodzącym.

Dr. Balicki,
sekretarz.

Posiedzenie IX z dnia 4 maja 1881 r.

Przewodniczący: kol. Jordan; Członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prezes w dłuższéj, serdecznéj przemowie podnosi zasługi śp. prof. Dra Stanisława Janikowskiego około rozwoju naszego Towarzystwa; zgromadzeni przez powstanie uczcili pamięć Zmarłego.

3) Następnie poruszył tenże sprawę mającego odbyć się Zjazdu; nad tym przedmiotem wzięli udział w nader ożywionéj dyskusyi koledzy: prof. Blumenstok, Domański, Oettinger, Obaliński, Warschauer, Ściborowski i Pisek.

4) W końcu zawiadamia kol. Jordan, że komitet Towarzystwa zaleca w miejsce ś. p. prof. Janikowskiego do komisyi słownikowéj wybór koll. proff. Domańskiego i Rydla; do komisyi miejskiéj sanitarnéj kol. prof. Domańskiego, a kol. Paszkowskiego jako biblijotekarza; członkowie z zadowoleniem przyjmują propozycyję komitetu.

5) Kol. Lutostański odczytał rzecz: „O znaczeniu badań wody gruntowéj dla miasta Krakowa“, Dla spóźnionéj pory odłożono dyskusyję nad tym przedmiotem do następnego posiedzenia.

Dr. Stanisław Balicki, sekretarz.

VI. Srodki lecznicze używane obecnie w Kissingen.

Według własnych spostrzeżeń
opisał Dr. W. Jaworski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Tutejszym kąpielom borowinowym przypisuję szczególniejsze działanie w skutek znacznego zasobu kw. węglowego, gdyż do utworzenia ich używają solanki obfitującéj w ten gaz. To téż mają one działać więcéj drażniąco na skórę, niż gdzieindziéj. W celu wzmocnienia kąpieli borowinowych dodają tu do nich wyciągu borowinowego zgęszczonego, otrzymywanego przez wyługowanie borowiny wodą i częściowe odparowanie. Czy tak wzmocniona kąpiel jest w swém działaniu skuteczniejszą, w téj kwestyi nie ma jeszcze ściślejszych doświadczeń.

Należy tu jeszcze wspomnieć o tak zwanéj soli Rakoczego (*Rakoczy-Salz*) Dra Edm. Dirufa, mięszaninie sztucznéj, złożonéj na wzór składników stałych wody mineralnéj, mającéj przez użycie w ilości 1—2 łyżeczek własności przeczyszczające. Ponieważ w téj mięszaninie przeważa tylko sól kuchenna (warzonka) a siarkan sodowy i magnowy w bardzo małéj ilości się znajdują, należałoby jéj zastósowanie i u nas polecać szczególniéj tam, gdzie przez długi czas wypada podawać środki przeczyszczające, przynajmniéj na przemian ze solą karlsbadską [1]). Soli téj można nabyć u Ernesta Ihla Ludwigs-Apotheke in Kissingen, po cenie 2 marek za flakonik o 150 grm.

Do pomocniczych środków leczniczych należy jeszcze zaliczyć pewne zachowanie dyjetetyczne zalecane szczególnie

[1]) Obecnie w Karlsbadzie zamiast parowania wody sprudlowéj do krystalizacyi zaczynają otrzymywać nową sól karlsbadską przez zgęszczenie wody sprudlowéj, odsączenie osadu, odparowanie przesączu do suchości i przeprowadzenie kw. węglowego przez pozostałość. Podczas gdy dawna sól karlsbadska przedstawiała kryształy zawierające wyłącznie (98.5%) siarkan sodowy, to nowa sól karlsbadska przedstawia się jako proszek biały, smaku słonego i zawiera na 100 części stałych

Węglanu sodowego kwaśnego . . .	35.95
Siarkanu sodowego . . . . . . : .	42.03
Chlorku sodu	18.20
Węglanu litowego kwaśnego . . .	0.39
Boranu sodowego	0.07
Fluorku sodu	0.02
Siarkanu potasowego	3.25

zatém składniki w tym stosunku, w jakim się znajdują w wodzie saméj z wyjątkiem węglanów żelaza, manganezu, wapniu i magnu. To téż skutek leczniczy téj soli będzie odmienny, (ale zawsze korzystniejszy) od dotąd używanéj. 5.5 gr. nowéj soli odpowiadają ilości ciał stałych zawartych w jednym litrze wody sprudlowéj i zbliżają się w swym składzie chemicznym, smaku i wejrzeniu do soli Rakoczego.

przy użyciu zdroju Rakoczego. Tradycyja wyrobiła tu z czasem stałą dyjetę w używaniu pokarmów, która jednak jest dość liberalną i wyklucza tylko pokarmy, bądź jako niestrawne uznane, bądź też tłuste, bądź podniecające i zadrażniające przewód pokarmowy. Wzbronione przeto są: mięso wieprzowe, kaczka, gęś, ryby; groch, bób, kapusta, ziemniaki, sałata, rzodkiew, ogórki, surowe owoce, migdały, melony, słodycze; masło, tłuste pieczywo, ser; mocne wino, likwory, limonijady. Jednak polecają małe ilości słabego wina (tutaj najczęściéj miejscowe wino *Saalwein* jest w użyciu), jako też piwa osobom ze złem odżywieniem w godzinach poobiednich.

Liczba lekarzy jest tu niezbyt wielka, bo trzynastu, a chorych rocznie przeszło 10.000 (dotąd już wynosi liczba 11.500). Z lekarzy (z których żaden nie włada językiem ani polskim ani rosyjskim, na co wielu pacyjentów uskarżających się słyszałem), uchodzą między publicznością za powagi: Drowie: Gatschenberger, Sotier, Bayerlein, Diruf (lekarz ks. Bismarka), Welsch. Co do narodowości gości kąpielowych, to przeważają tu Niemcy północni, potém idą Anglicy, Rosyjanie i kilkuset Polaków, reprezentujących wszystkie części Polski z wyjątkiem Galicyi, z któréj w tym roku dotąd nikt nie przybył.

Znajdują się tu w miejscu jeszcze dwa zakłady lecznicze: pneumatyczny Dra Dieza i wodoleczniczy Dra Isinga.

Pierwszy z nich posiada przyrząd do wziewań systemu Drów Geigla i Mayera z Würzburga dla wdychiwania powietrza zgęszczonego i rozcieńczonego. Jest to przyrząd służący do oddychania przez zwyczajne wkładanie nasady kauczukowéj na usta i nos a sposób zgęszczania i rozrzedzania powietrza polega na tém, że we walcu napełnionym powietrzem i wodą za pomocą obrotu wewnątrz znajdującego się szuflowatego koła woda albo wchodzi lub ustępuje do podobnego naczynia z pierwszém połączonego. Ten przyrząd ma to dobrego, że robiąc za pomocą niego doświadczenia inhalacyjne można nasycać wodę to gazami różnemi to cieczami łatwo ulatniającemi się, gdyż w skutek szybkiego obrotu koła lotne części łatwo rozpraszają się z wody w powietrzu. Zwykle daje Dr. Diez do walca zamiast wody czystéj solankę lub roczyn salmiaku. Innym rodzajem wdychań w tym zakładzie używanym jest wdychiwanie azotu, otrzymanego z powietrza przez przeprowadzenie go przez roczyn siarkanu żelazowego i opiłek żelaznych, które są umieszczone w beczkach w piwnicy. Tak otrzymany azot bywa wprowadzony do podwójnego przyrządu Waldenburga i znanym sposobem wdychiwany, szczególnie w suchotach płuc.

Zakład wodoleczniczy Dra Isinga z pomieszczeniem na 40 chorych dogodnie urządzony, jest wzorowo i umiejętnie prowadzony podług systemu Winternitza. Wody słodkiéj używają tu w postaci kąpieli zimnéj i ciepłéj, jako natrysków zimnych i ciepłych i jako łaźni parowéj z następowemi obwijaniami napotnemi. Do picia zaś polecają miejscową wodę mineralną. To podwójne użycie dwóch tak dzielnie działających środków leczniczych wywołuje w krótkim czasie energiczną odnowę ustroju, a Dr. Ising twierdzi, że najlepsze wyniki otrzymuje w zołzach szczególnie we formie otrętwiałéj i w hipochondryi bez widocznych zmian anatomicznych.

Porównywając własności i skutki lecznicze środków tutejszych z używanemi w Karlsbadzie, sądzę, że wiele przypadków chorobowych, które wysyła się do Karlsbadu, nadawałyby się do leczenia zarówno a nawet lepiéj w Kissingen. Tu szczególniéj należy nadmienić, że chorych z rozmaitemi nieżytami a równocześnie pewnemi komplikacyjami jak: wynędznienie ogólne, niedokrewność, choroby narządu oddechowego lekkiego stopnia, zołzy, lepiej posyłać do tutejszych wód zjędrniających słono-żelezistych, aniżeli do osłabiających karlsbadskich. Także jest mniemaniem tutejszych lekarzy, iż woda tutejsza działa przeważnie na odleglejsze drogi przewodu pokarmowego i w nieżytach tychże lepszy wywiera skutek, niż woda karlsbadska, która z powodu swéj wysokiéj ciepłoty swoistéj ma wpływ przeważnie w pierwszych częściach przewodu pokarmowego. Przy wyborze między Kissingen a Karlsbadem powinien lekarz uwzględnić jeszcze inny uboczny czynnik, a mianowicie o wiele świeższe powietrze między rozległemi ogrodami i winnicami jako też równe chodniki, drogi do przechadzek w obszernéj kotlinie rzeki Saali w porównaniu do wąwozu karlsbadskiego, zewsząd stromemi skałami ścieśnionego, gęsto zaludnionego, które to okoliczności dla chorych podupadłych na siłach nie mogących się wspinać po wzgórzach dla zaczerpnięcia czystego powietrza mają wielkie znaczenie. Ostatecznie jeżeli potrzeba uwzględnić stronę finansową, to i pod tym względem obydwa zakłady od siebie się różnią, gdyż przy tych samych warunkach i wygodach żyje się w Kissingen prawie o połowę taniéj niż w Karlsbadzie.

W Kissingen w sierpniu 1881.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Oprócz Sprawozdania, którego główne natępy w numerach poprzednich podaliśmy, Wydział krajowy przedłożył Sejmowi jeszcze następujące wnioski:

1) Obszerne sprawozdanie w przedmiocie funduszów i budowy szpitala Śgo Łazarza w Krakowie. Sprawozdanie to jest skutkiem uchwały zapadłéj w Sejmie w d. 30 września 1878 r., mocą któréj polecono Wydziałowi krajowemu, aby zbadał gruntownie cel i przeznaczenie wszystkich fundacyj i legatów należących do szpitali św. Łazarza i św. Ducha w Krakowie, oraz aby wyświecił stósunek funduszu krajowego do majątku tychże szpitali, przedstawił dokładny rachunek kosztów budowy, wyjaśnił, na jakich funduszach ciąży obowiązek opędzania kosztów budowy, a nakoniec podał projekt refundowania umorzonych kapitałów szpitalnych, o ile to wynika z postanowienia pierwiastkowych fundacyj.

Wydział krajowy podjął się olbrzymiej pracy i przeprowadził ją z uznania godną gruntownością. Historyja i tytuły prawne poszczególnych sum, będących własnością szpitali, zestawione są w operacie kilka arkuszy druku obejmującym w sposób tak jasny, że wątpić nie wypada, iż Sejm zgodzi się na wnioski do których Wydział ostatecznie dochodzi. Wnioski te zaś są następujące;

Wysoki Sejm raczy uchwalić: I. W celu refundowania kapitałów wziętych z funduszu szpitala św. Łazarza na budowę szpitala w kwocie 376.711 zł. 37 ct. wstawioną będzie w budżet krajowy począwszy od r. 188? co rocznie przez lat 21 kwota 10.000 zł. Kwota ta fruktyfikowaną będzie jako fundusz oddzielny i dopiero po uzupełnieniu jéj do wyżéj wyrażonéj cyfry zostanie oddaną szpitalowi św. Łazarza jako majątek fundacyjny. II. Zaliczki, udzielone z funduszu krajowego na budowę tego szpitala, zostają umorzone. III. Upoważnia się Wydział krajowy do wydzielenia z funduszów szpitala św. Łazarza funduszów zapisanych na podrzutków i do utworzenia z nich funduszu samoistnego.

2) Sprawozdanie w przedmiocie zamianowania Dra Jana Szeparowicza stałe prymaryjuszem oddziału chirurgicznego w krajowym szpitalu we Lwowie.

Gdy sprawa ta zapewne nie dla wszystkich kolegów jest jasną, bo nie wszyscy wiedzą, dla czego Dr. Szeparowicz dotąd nie jest stałym prymaryjuszem, gdy nadto rzecz tyczy się zasłużonego, dawnego współpracownika naszego, uważamy sobie za miły obowiązek, podać dosłownie sprawozdanie, tyczące się jego

osoby, tyle dla niego pochlebne, a podpisane przez marszałka krajowego Dra Zyblikiewicza i członka Wydziału Dra Hoszarda:

„Wysoki Sejmie! Dr. Szeparowicz mianowany dekretem Wydziału krajowego z 4 stycznia 1876 l. 31497 prowizorycznie nadetatowym prymaryjuszem w oddziale chorób zewnętrznych w krajowym szpitalu we Lwowie jest jednym z najdawniejszych lekarzy tego szpitala. Pełnił obowiązki od roku 1868—1874 jako asystent w klinice chirurgicznéj przy b. szkole medyczno-chirurgicznéj aż do jéj zamknięcia, — od 20 stycznia 1871 jako sekundaryjusz w I oddziale chirurgicznym w służbie krajowéj, następnie od 28 listopada 1874 jako sekundaryjusz w oddziale chirurgicznym powstałym z połączenia dwóch oddziałów chirurgicznych w jeden oddział, od 21 marca 1875 jako kierownik oddziału chirurgicznego po nagłéj śmierci ś. p. Dra Molendzińskiego, wreszcie od 4 stycznia 1876 jako nadetatowy prymaryjusz w tymże oddziale chirurgicznym, w którym to charakterze pozostaje aż do obecnéj chwili.

Etatem z 22 maja 1875 Wysoki Sejm ustanowił sześć posad prymaryjuszów dla krajowego szpitala lwowskiego. Wydział krajowy ze względu, że w szpitalu lwowskim przed ustanowieniem nowego etatu było już sześciu prymaryjuszów, a oddział chirurgiczny prowadzony przez Dra Szeparowicza jako jeden z najważniejszych w szpitalu nie mógł pozostać bez prymaryjusza i być pozbawionym takiego operatora, jakim jest Dr. Szeparowicz, zamianował przy wprowadzeniu nowego etatu sześciu dawnych prymaryjuszów stałymi, a Dra Szeparowicza prowizorycznie nadetatowym prymaryjuszem dla oddziału chirurgicznego i usprawiedliwił to zarządzenie w sprawozdaniu z dnia 22 lutego 1876 l. 1942. Wysoki Sejm uchwałą z 26 kwietnia 1876 przyjął fakt ten do wiadomości, zastrzegając tylko, ażeby posada jednego sekundaryjusza dopóty ani prowizorycznie, ani stale obsadzoną nie była, dopóki sprawa prymaryjuszów zgodnie z etatem załatwioną nie będzie. Postanowieniu temu Wysokiego Sejmu dotychczas stało się zadość, gdyż posada sekundaryjusza obsadzoną nie została, a Dr Szeparowicz pozostaje dotąd w szpitalu jako prowizoryczny nadetatowy prymaryjusz. Z tego powodu wniósł Dr. Szeparowicz pod d. 9 września b. r. przedstawienie poparte jak najusilniéj przez Dyrekcyję szpitala z prośbą o wyjednanie u Wysokiego Sejmu ustalenia go na zajmowanéj dotychczas posadzie prymaryjusza.

Ze względu, że Dr. Szeparowicz jest jednym z najstarszych lekarzy szpitala lwowskiego, że posada prymaryjusza oddziału chirurgicznego jest niezbędną dla szpitala; że Dr. Szeparowicz spełnia obowiązki swoje z pożytkiem dla chorych i dla zakładu, i że jest w całém słowa znaczeniu znakomitą siłą tegoż zakładu; że słusznie wymaga, żeby jego pozycyja ustaloną została, zwłaszcza, że przez stabilizacyję Dra Szeparowicza nie poniesie fundusz krajowy żadnego nowego ciężaru, gdyż pobierać on będzie tę samę płacę i te same dodatki, co obecnie; z uwagi nareszcie że aby zadość uczynić postanowieniu etatu, pierwsza opróżniona posada prymaryjusza nie będzie obsadzoną; Wydział krajowy wnosi: Wysoki Sejm raczy uchwalić: „Sejm upoważnia Wydział krajowy do zamianowania Dra Jana Szeparowicza stałym prymaryjuszem w oddziale chirurgicznym w krajowym szpitalu we Lwowie.“

3) Sprawozdanie w przedmiocie statutu dla zakładu zdrojowego Krynicko-Słotwińskiego.

Wydział przedkłada ustawę dla powyższego zdrojowiska prosząc o jéj uchwalenie przez Sejm. Statut prawie dosłownie ten sam, co statut przedłożony w r. 1878, a który Czytelnicy znajdą w Nrze 36 Przegl. Lek. z r. 1878. W projekcie obecnym jedna tylko zachodzi zmiana w § 4, a mianowicie dodany jest ustęp *f)*, wedle którego w skład komitetu zdrojowego wchodzi także „Delegat przez Wydział krajowy mianowany.“

W sprawie Krynicy otrzymaliśmy także następujące pismo:

Szanowny Kolego Redaktorze!

Grono lekarzy ze wszystkich niemal części Polski, bawiących podczas tegoroczněj pory kąpielowéj w Krynicy, zebrało się za inicyjatywą Dra Stanisława Markiewicza z Warszawy w liczbie jedynastu celem zastanowienia się nad niedostatkami i niedogodnościami w urządzeniach zdrojowych i stosunkach sanitarnych zakładu krynickiego. Na dwóch posiedzeniach odbytych pod mojém przewodnictwem w dniu 9 i 16 sierpnia rb. rozbierano szczegółowo podnoszone przez pojedynczych członków zgromadzenia uwagi, dotyczące Zdrojowiska krynickiego i postanowiono w końcu jednomyślnie przedstawić Wysokiéj Dyrekcyi lasów i domen w Bolechowie, jako właściwéj władzy przełożonéj, obszerne memorandum, obejmujące w dwunastu rozdziałach wszystkie ulepszenia, jakieby zdaniem obradujących w urządzeniach Zakładu krynickiego zaprowadzić należało, aby to Zdrojowisko, tak hojnie od przyrody uposażone, odpowiadało słusznym wymaganiom lekarzy i chorych.

W odpowiedzi na to memorandum otrzymałem od W. Dyrekcyi lasów i domen załączone pismo, o którego ogłoszenie w łamach Przeglądu Lek. upraszam Cię, Szanowny Kolego, najuprzejmiéj, a tém śmieléj, ile że z jednéj strony tą tylko drogą podać je mogę do wiadomości Kolegów, którzy razem zemną memorandum podpisali, a z drugiéj strony nie wątpię, że ogół lekarzy z żywą radością powita tak ważne oświadczenie władzy, w któréj rękach dalszy rozwój i przyszłość jednego z pierwszych naszych zdrojowisk spoczywają. Racz Szanowny Redaktorze przyjąć zapewnienie szczerego poważania i koleżeńskiéj życzliwości.

Kraków 27 września 1881 *Prof. Dr. Rydel.*

C. k. Galicyjska Dyrekcyja lasów i domen L. 9721/81.

Do Wielmożnego Pana Lucyjana Rydla Dra medycyny i c. k. p. zw. Profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyjmując do wiadomości szanownem pismem z dnia 16 sierpnia rb. udzielony wynik konferencyi P. T. pp. lekarzy, odbytéj dnia 9 sierpnia rb. w Krynicy, a mianowicie przytoczone uwagi i wyrażone życzenia, składa c. k. Dyrekcyja P. T. pp. lekarzom do rąk Wielmożnego Pana Profesora podziękowanie za objawioną dla Krynickiego zakładu zdrojowego sympatyję, z tém zapewnieniem, iż objawione zdania prawie w zupełności podziela a przeto i nadal w miarę rozporządzalnych środków o jak najspieszniejsze usunięcie omówionych niedostatków i w ogóle o postawienie zakładu na stopie odpowiedniéj najnowszym wymogom starać się będzie. C. k. Dyrekcyja uprasza o zakomunikowanie niniejszego pisma pp. członkom konferencyi z uprzejmém wezwaniem, by P. T. pp. lekarze i w przyszłości swe uwagi i życzenia, do których c. k. Dyrekcyja wielką wagę przykłada, objawiać zechcieli.

Bolechów d. 14 września 1881.

(podp.) *Siegler.*

* Od fizyka m. Krakowa kol. Dra Buszka otrzymujemy następujące uwagi nad nowo przejrzaną instrukcyją dla akuszerek:

Ustawodawstwo zdrowotne w państwie rakuskiém należy niezaprzeczenie do najlepszych. Dotkliwie atoli dawała się w niém czuć luka w kierunku zapobiegania chorobom zakaźnym, głównie gorączce połogowéj, którą często przeszczepiać mogą akuszerki. Uzupełnić ma ten brak przejrzana świeżo instrukcyja dla akuszerek, która zawiera cenne wskazówki oparte na dzisiejszym poglądzie na choroby zakaźne co do zachowania się położnych względem położnic.

Instrukcyja przejrzana wylicza przybory, które i w jakim stanie posiadać powinna każda akuszerka; zabrania je pozostawiać u rodzącéj i poleca lekarzowi rządowemu czuwać nad ich utrzymaniem. Rdzenną i stanowczą zmianę dawnéj instrukcyi stanowią ustępy odnoszące się do wskazówek, jak akuszerka może się ustrzedz przenoszenia jadu gorączki połogowéj, pozwolenia co do pomocy dwom rodzącym równoczesnéj jedynie w wyjątkowych przypadkach i nakazu, aby akuszerki prowadziły dokładny wykaz porodów. W dodatku do instrukcyi mieszczą się ustępy pouczające akuszerki, w jaki sposób mogą się uchronić od przenoszenia chorób zakaźnych zwłaszcza gorączki połogowéj, wyliczone są następnie przypadki, w których akuszerka ma wzywać lekarza do brzemiennéj, rodzącéj, położnicy lub noworodka; wyjaśnienie wreszcie jest dołączone, jak należy prowadzić wykazy porodów, w które wglądać każdego czasu wolno każdemu położnikowi.

Może ta instrukcyja bez wątpienia uratować życie wielu ofiarom zabieranym tak licznie u nas przez gorączkę połogową; potrzeba tylko, aby jej systematycznie nie omijano, jak zwykle przepisy sanitarne. Wprawdzie ma lekarz urzędowy poruczoną władzę dostateczną nad akuszerkami, ma kontrolować przybory i wykazy porodów przez nie prowadzone, jednak sam nie zaradzi złemu, jeżeli położnicy nie rozciągną ścisłego dozoru nad poło-

żnemi, z któremi najwięcéj oni mają styczności i to przy chorych. W pierszym zaś rzędzie ciąży obowiązek na profesorach położnic, aby je gruntownie zaznajomili z instrukcyją i praktycznie zaprawili je do jéj stosowania. Późniéj dopiero lekarz urzędowy czuwać może i powinien nad tém, aby akuszerka nie zapomniała, czego się nauczyć była obowiązaną w klinice

Statystyka epidemij. W tygodniu 36 (do 3 września) ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 99. umarło 22, leczyło się w szpitalach 609. W Wiednin umarło 10, w Budapeszcie 7, w Petersburgu 4, w Saragosie 8, w Paryżu 19. W Paryżu i Petersburgu częstsze pojawiają się przypadki tyfusu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 13. Sporadyczne przypadki cholery wydarzały się w Barcelonie, Baltimore i Cincinnati. W Rio de Janeiro umarło z febry żółtéj od 16—30 czerwca 8 osób. W tygodniu 37 (do 10 września) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 1 z odry, 2 z płonicy, 4 z błonicy, 9 z czerwonki, 1 z róży, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 3 krztuśca, 7 duru osutkowego, 9 czerwonki.

Statystyka śmiertelności W tygodniu 36 (do 3 września) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,5; we Lwowie 22,6; w Poznaniu 46,7; w Wiedniu 22,6; w Budapeszcie 37,1; w Pradze 31,7; w Tryjeście 35,7; w Berlinie 26,0; w Wrocławiu 32,6; w Gdańsku 25,4; w Monachowie 30,1; w Dreźnie 25.3; w Lipsku 20.9; w Bazylei 18,4; w Brukseli 18,8; w Amsterdamie 19,8; w Hadze 30,9; w Paryżu 25,2; w Londynie 16,2; w Kopenhadze 16.4; w Stokholmie 19,2; w Chrystyjanii 12.6; w Petersburgu 44,1; w Odesie 38,6; w Bukareszcie 25,0; w Lizbonie 24,5; w Aleksandryi 45,1; w Nowym Jorku 38,1; w Filadelfii 27,3; w Bombayu 33,2; w Madrasie 40,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 września. Przed samém zamknięciem Zjazdu w Salzburgu prof. Mosler uczynił wniosek, aby Sekcyja dla chorób wewn. wyznaczyła zaraz komisyję, którąby przygotowała porządek obrad i zajęć sekcyi téj na przyszłym Zjeździe w Eisenach, a mianowicie zestawiła kwestyie będące na czasie, wyznaczyła referentów dla każdéj kwestyi, którzyby po wstępnym wykładzie poddali ją pod rozprawę w sekcyi, a poprzednio za pośrednictwem pism lekarskich postarali się o rozpowszechnienie spraw roztrząsać się mających. Wniosek ten nietylko przyjęty został przez sekcyję, ale już inne sekcyje, jak pedyjatryczna i patologiczna, poszły za jéj przykładem. Sekcyja kliniki wewnętrznéj wybrała do grona komisyi przygotowawczéj Ziemssena, Leydena, Littena, Nothnagla i Strümpella, — pedyjatryczna Demmela i Soltmanna, patologiczna Klebsa, Zenkera i Zieglera. Ostatnia już nawet ogłosiła temata, a mianowicie: patologiję systemu żylnego, choroby mykotyczne itd.

W uchwale téj widzimy ważny zwrot ku systemowi praktykowanemu na Zjazdach francuskich itd., a który i na naszym Zjeździe ostatnim okazał się praktycznym. Tylko tym sposobem Zjazdy mogą mieć przyszłość, a musiałyby runąć, gdyby się ograniczano do specyjalnych wykładów i odczytów, które mogą być bardzo ciekawemi dla wykładającego, ale większego grona lekarzy nie zajmują.

* 54ty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Salzburgu. Oprócz wymienionych w Numerze przeszłym znakomitości obecnymi byli na Zjeździe: Meynert i Störk z Wiednia, Schroff i Remboldt z Gracu, Geber z Klausenburgu, Madurowicz z Krakowa, Mosler, Eulenberg, Schröder z Berlina, Soyka, Zenker, Seitz, Zweifel z Bawaryi, Quincke, Kaltenbach. W ogóle udział zdaje się być nie bardzo licznym.

W Sekcyi lekarskiéj przewodniczyli w pierwszych dwóch dniach Seitz i Quincke. Mówili na tych posiedzeniach: Litten, Störk, Strümpell, Geber, Israel z Berlina, Loebisch z Insbruka, Quincke, Fleischer, Cube, Seeligmüller i Seitz.

W sekcyi chirurgicznéj wykładali: Albert, Schinzinger, Helferich; w ginekologicznéj: Martin, Bardenheuer, Fischl, Kaltenbach, Bandl, Kuhn, Schröder; w sekcyi dla anatomii patologicznéj przewodniczyli: Zenker, Klebs, Ziegler; oprócz dwóch ostatnich mieli wykłady: Weichselbaum i Chiari z Wiednia; wreszcie w sekcyi anatomii i fizyjologii, w któréj przewodniczyli: Gerlach i Voit, mówili: Gad, Wiedersheim, Gerlach i Knoll.

D. 20 bm. członkowie zjazdu odbyli wycieczkę do pobliskiego Reichenhallu, gdzie podejmowano ich z wielką gościnnością.

Na 2giém posiedzeniu ogólném, odbytém w dn. 21 b. m. mówili: prof. Meynert o prawie ludzkiego myślenia i działania, oraz prof. Weissmann z Fryburga o trwaniu życia. Oba wykłady przyjęto bardzo życzliwie, poczém wybrano miasto Eisenach jako miejsce przyszłego Zjazdu a Dra Matthesa pierwszym przewodniczącym; wreszcie uchwalono wysłać telegram do Cesarzowéj niemieckiéj Augusty, jako protektorki towarzystwa Czerwonego krzyża z powinszowaniem z powodu powrotu do zdrowia

Na ostatniém posiedzeniu ogólném dn. 24 bm, odczytano depeszę Cesarzowéj Augusty z podziękowaniem; poczém prof. Oppolzer miał wykład o prawie przyciągania Newtona a radca lek. Kerschensteiner z Monachijum o Teofraście Paracelsie.

* Jubileusze lekarskie. W Pradze czeskiéj obchodzono temi dniami 25-letni jubileusz działalności Hasnera, jako profesora zwyczajnego okulistyki w uniwersytecie. Prof. Hasner urodził się w Pradze w r 1819, był asystentem prof. Fischera tamże w r. 1848 habilitował się jako docent prywatny, w r. 1852 mianowany został prof. nadzw., w r. 1856 zwyczajnym, w r. 1874 był rektorem uniwersytetu.

Jubileusz 50-letniego zawodu lekarskiego obchodził również przed kilku dniami Dr. Jerzy Varrentrapp, znany i zasłużony higijenista w Frankfurcie n./M. Przy téj sposobności Jubilat otrzymał list odręczny od Cesarzowéj niemieckiéj z powinszowaniem a od Cesarza order korony 2giéj kl.

* Niezmordowany Virchow z Londynu, jak wiadomo, pospieszył na Zjazd antropologów w Salzburgu a ztamtąd na takiż Zjazd w Tyflisie na Kaukazie, gdzie również miał wykład.

* Według nadesłanego nam wykazu w Krynicy do d. 16 bm. bawiło gości 3.864.

* **Lwów.** D. 26 września odsłonięty został pomnik wzniesiony na cmentarzu żydowskim kosztem gminy lwowskiéj dla uczczenia pamięci Bajsera. Pomnik jest z marmuru i zawiera na frontowéj stronie napis polski następujący: „Mojżeszowi Bajserowi, doktorowi medycyny, dobroczyńcy i opiekunowi ubogich, honorowemu obywatelowi i radnemu we Lwowie, urodzonemu 3 maja 1807, zmarłemu 12 października 1880 r. gmina królewsko-stołecznego miasta Lwowa dla uczczenia jego pamięci pomnik ten wystawiła.“

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent pryw. i prosektor przy katedrze anatomii patolog. w Królewcu Dr. Baumgarten, mianowany został profesorem nadzw.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: J. Kramsztyka: Jaka jest wartość lecznicza peptonów i jak należy się zapatrywać ze stanowiska praktycznego na żywienie za pomocą lewatyw? Zaleskiego: O ile doświadczenia Bonueta i jego następców mają racyję bytu w obec spółczesnego stanu artropatologii (dok.); Gepnera: 10te sprawozdanie lek. z Instytutu oftalmicznego za rok 1880 (dok.) — W *Medycynie* Nr. 39: Rumszewicza: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. III Przypadek podwójnéj źrenicy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. WOLBERG (w Warszawie): Kritisch-experimentelle Untersuchungen über die Nervennaht u. Nervenregeneration. (Osobne odbicie z Centralbl. f. Chirurg. 1881, Nr. 38. Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie) in 8vo str. 3.

Tenże: O III Sjezdie polskich wraczej i estestoispytatelei w Krakowie w 8—13 julia 1881 g. (Osobne odbicie z Wracza Nr. 31—33) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. SCHMIDT J. B. Beobachtungen üb. die im Winter 1877/78 in der Kreis-Entbindungs-Anst. zu Würzburg aufgetretenen Erkrankungen an Puerperalfieber. gr. 8. Würzburg, Stabel M. 60.

SORES G. Traité d'optique considerée dans ses rapports avec l'examen de l'oeil. 2 éd. av. fig. 18. Paris, Doin. Fr. 10.

VOGT P. Die chirurgisch. Krankheiten d. oberen Extremitäten. M. 2 Tfln. u. 116 Holzsch. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 8.

WEBER H. u. O. LEICHTENSTERN. Klimatotherapie u. Balneotherapie. gr. 8. Leipzig, Vogel. M. 9.

ALBU J. Milchnahrung und Milchkuren. gr. 8. Berlin, Damköhler. M. 1.
AVRARD. De l'involution incomplète de l'utérus après la grossesse et de ses conséquences. 8. Paris, Delahaye et L.
BADAL. Leçons d'ophthalmologie. Mémoires d'optique physiologique. 8. Paris, Delahaye. Fr. 5.
BALL B. Leçons sur les maladies mentales. Fasc. I. 8. Paris, Asselin. Fr. 5.
BARDOLE H. D'un nouveau taxis forcé. gr. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 2½.
BOCKENDAHL J. Generalbericht üb. d. öffentl. Gesundheitswesen d. Prov. Schleswig-Holstein f. d. J. 1879. gr. 4. Kiel, Lipsius et T. M. 3.
BOUZOL. Traitem. du goître kystique p. l. drainage capillaire. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.
BREYNAERT. Des accidents bronchiques et broncho-pneumoniques d. l. variole. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.
BRODIE. Leçons s. l. affections nerveuses locales. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 1½.
BUNGE P. Klinische Beobachtungen üb. d. sympatische Ophthalmie. gr. 8. Halle, Hofstetter. M. 2.
CASSIN P. Recherches cliniques sur l'abuminurie de la grossesse du travail et des suites des couches. 8. Paris, Doin. Fr 2½.
CHARITÉ-ANNALEN. Hrsg. v. d. Kgl Charité-Krankenhauses in Berlin. Red. v. Dr. Mehlhausen. VI. J. M. 5 Tfln. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 20.
CHARPENTIER. De l'hydramnios. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 5go bm. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu kilku spraw formalnych 1) kol. prof. Browicz mówić będzie „o zmianach wąglikowych (*mykosis intestinalis*)," a 2) kol. Doc. Obaliński „o naciąganiu nerwów na podstawie własnych doświadczeń."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ponieważ ciągle nadchodzą zamówienia na Dziennik III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich, a nakład Nru 2 tegoż Dziennika jest już zupełnie wyczerpany, innych zaś Nrów posiada Redakcyja także tylko nieznaczny zapas, przeto Wydział gospodarczy uchwalił wydać w m. październiku rb. drugie wydanie Dziennika III Zjazdu Lek. i przyr., jeżeli się znajdzie dostateczna liczba prenumeratorów.

Prenumerata na 2gie wydanie wynosi 2 złr. i przyjmuje ją po dzień 15 października rb. Administracyja Przeglądu Lekarskiego.

Zamówienia, które nadeszły po 26 lipca rb. nie mogły już być uwzględnione, zamawiających zanotowano więc jako prenumeratorów na drugie wydanie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.